CHINA.

IMPERIAL MARITIME CUSTOMS.

II.—SPECIAL SERIES: No. 2.

LIBRARY
N.O.A.A.
U.S Dept. of Commerce

MEDICAL REPORTS,

FOR THE HALF-YEAR ENDED 31ST MARCH 1896.

51st Issue.

RA
407.5
.C5
M4
no.51
(1896)

PUBLISHED BY ORDER OF

The Inspector General of Customs.

SHANGHAI:
PUBLISHED AT THE STATISTICAL DEPARTMENT OF THE INSPECTORATE GENERAL OF CUSTOMS,
AND SOLD BY
KELLY & WALSH, LIMITED: SHANGHAI, HONGKONG, YOKOHAMA, AND SINGAPORE.
LONDON: P. S. KING & SON, 12 AND 14, KING STREET, WESTMINSTER, S.W.
1897.

[*Price* $1.]

CHINA.

IMPERIAL MARITIME CUSTOMS.

II.—SPECIAL SERIES: No. 2.

MEDICAL REPORTS,

FOR THE HALF-YEAR ENDED 31ST MARCH 1896.

51st Issue.

PUBLISHED BY ORDER OF

The Inspector General of Customs.

SHANGHAI:
PUBLISHED AT THE STATISTICAL DEPARTMENT OF THE INSPECTORATE GENERAL OF CUSTOMS.
AND SOLD BY
KELLY & WALSH, LIMITED: SHANGHAI, HONGKONG, YOKOHAMA, AND SINGAPORE.
LONDON: P. S. KING & SON, 12 AND 14, KING STREET, WESTMINSTER, S.W.
1897.

[*Price* $1.]

National Oceanic and Atmospheric Administration

Environmental Data Rescue Program

ERRATA NOTICE

One or more conditions of the original document may affect the quality of the image, such as:

Discolored pages
Faded or light ink
Binding intrudes into the text

This document has been imaged through the NOAA Environmental Data Rescue Program. To view the original document, please contact the NOAA Central Library in Silver Spring, MD at (301) 713-2607 x124 or www.reference@nodc.noaa.gov.

Lason, Inc.
Imaging Subcontractor
Beltsville, MD
December 20, 2000

INSPECTOR GENERAL'S CIRCULAR No. 19 OF 1870.

INSPECTORATE GENERAL OF CUSTOMS,

PEKING, 31*st December* 1870.

SIR,

1.—IT has been suggested to me that it would be well to take advantage of the circumstances in which the Customs Establishment is placed, to procure information with regard to disease amongst foreigners and natives in China; and I have, in consequence, come to the resolution of publishing half-yearly in collected form all that may be obtainable. If carried out to the extent hoped for, the scheme may prove highly useful to the medical profession both in China and at home, and to the public generally. I therefore look with confidence to the co-operation of the Customs Medical Officer at your port, and rely on his assisting me in this matter by framing a half-yearly report containing the result of his observations at.....upon the local peculiarities of disease, and upon diseases rarely or never encountered out of China. The facts brought forward and the opinions expressed will be arranged and published either with or without the name of the physician responsible for them, just as he may desire.

2.—The suggestions of the Customs Medical Officers at the various ports as to the points which it would be well to have especially elucidated, will be of great value in the framing of a form which will save trouble to those members of the medical profession, whether connected with the Customs or not, who will join in carrying out the plan proposed. Meanwhile I would particularly invite attention to—

a.—The general health of.....during the period reported on; the death rate amongst foreigners; and, as far as possible, a classification of the causes of death.

b.—Diseases prevalent at.....

c.—General type of disease; peculiarities and complications encountered; special treatment demanded.

d.—Relation of disease to { Season. / Alteration in local conditions—such as drainage, etc. / Alteration in climatic conditions. }

e.—Peculiar diseases; especially leprosy.

f.—Epidemics { Absence or presence. / Causes. / Course and treatment. / Fatality. }

Other points, of a general or special kind, will naturally suggest themselves to medical men; what I have above called attention to will serve to fix the general scope of the undertaking.

* * * * *

3.—Considering the number of places at which the Customs Inspectorate has established offices, the thousands of miles north and south and east and west over which these offices are scattered, the varieties of climate, and the peculiar conditions to which, under such different circumstances, life and health are subjected, I believe the Inspectorate, aided by its Medical Officers, can do good service in the general interest in the direction indicated; and, as already stated, I rely with confidence on the support and assistance of the Medical Officer at each port in the furtherance and perfecting of this scheme. You will hand a copy of this Circular to Dr. ....., and request him, in my name, to hand to you in future, for transmission to myself, half-yearly Reports of the kind required, for the half-years ending 31st March and 30th September—that is, for the Winter and Summer seasons.

4.— * * * * *

I am, etc.,

(Signed) ROBERT HART,
I. G.

THE COMMISSIONERS OF CUSTOMS,—*Newchwang*, *Tientsin*, *Chefoo*, *Hankow*, *Kiukiang*, *Chinkiang*, *Shanghai*, *Ningpo*, *Foochow*, *Amoy*, *Swatow*, and *Canton*.

TABLE OF CONTENTS.

	Page.
Le Typhus des Européens à Pékin	1
Report on the Health of Newchwang	66
Report on the Health of Chungking	68
Report on the Health of Hankow	71
Report on the Health of Kiukiang	86
Report on the Health of Wuhu	89
Report on the Health of Wenchow	92
Report on the Health of Swatow	94
Report on the Health of Hoihow (Kiungchow)	96
Appendix: correspondence relative to the unsatisfactory results of potasso-tartrate of antimony in the treatment of bubonic plague	101

The Contributors to this Volume are:—

J. J. MATIGNON, M.D. ..... Peking.

C. C. DE BURGH DALY, M.B., B.CH. ..... Newchwang.

JAMES H. MCCARTNEY, M.D. ..... Chungking.

JOHN D. THOMSON, M.B., C.M. ..... Hankow.

GEORGE R. UNDERWOOD, M.B., C.M., L.R.C.S.Ed. ..... Kiukiang.

E. H. HART, M.D. ..... Wuhu.

ALFRED HOGG, M.A., M.B., C.M. ..... Wenchow.

HENRY LAYNG, M.R.C.S., L.R.C.P. ..... Swatow.

H. M. MCCANDLISS, M.D. ..... Hoihow (Kiungchow).

LE TYPHUS DES EUROPÉENS À PÉKIN.*

Par le Docteur J. J. MATIGNON,

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1ère CLASSE DE L'ARMÉE,

ATTACHÉ À LA LÉGATION DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE EN CHINE.

LE typhus règne à l'état endémique à Pékin et dans tout le nord de la Chine. Le fait n'a rien qui doive nous surprendre, les meilleures conditions pour le développement de cette maladie se trouvent ici réunies: agglomération et misère. Tous les ans, au printemps, l'affection revêt un caractère épidémique, dont la gravité est fort variable. La mortalité chez les Chinois, tout en étant sérieuse, est loin d'atteindre celle du choléra, qui, cet été, d'après les renseignements que nous avons pu nous procurer par le Tsoungli Yamen, a fait, dans la population de Pékin, plus de 50,000 victimes. Le typhus, nommé *yen-ping* par les Chinois, est redouté des indigènes, à telle enseigne qu'il n'est pas rare de voir dans les hôpitaux, au moment des épidémies, les infirmiers abandonner leur poste, par crainte de la contagion.

Tout ce qui va être dit ne concerne que le typhus de Pékin; nous n'avons pas eu, en effet, l'occasion de l'observer dans d'autres parties de la Chine. Nous n'avons eu que très peu de Chinois à soigner pendant cette épidémie; cependant, d'après les cas que nous avons pu constater, soit à l'hôpital français du Nan T'ang, soit à l'Orphelinat de Cha-la-eul, nous pouvons conclure que les formes atypiques ne sont pas rares.

Les Européens qui résident à Pékin (membres des Légations ou fonctionnaires du service des Douanes impériales) sont rarement atteints par le typhus. Ils vivent isolés de la population, et n'ont de rapports qu'avec des domestiques indigènes bien nourris et propres. Il n'en est pas de même pour nos Missionnaires et nos Religieuses. En rapports fréquents, et même constants, pour certains d'entre eux, avec les Chinois, se nourrissant plus ou moins bien, observant en général très mal les plus élémentaires principes de l'hygiène, ils paient à la maladie un très lourd tribut.

À notre arrivée à Pékin, nous avons souvent entendu parler d'une sorte de maladie typhique, à laquelle on donnait le nom de "fièvre de Pékin." Nous avons eu au printemps de 1895 l'occasion d'étudier, dans une de nos Missions, une épidémie de cette fièvre. Les observations, prises au jour le jour, nous ont permis de conclure que cette sus-dite fièvre de Pékin n'était autre que le typhus exanthématique présentant quelques différences avec celui qu'on rencontre en Europe, ainsi que le prouvera la description suivante.

Dans le petit village de Cha-la-eul, situé au nord-ouest de Pékin, à 700 ou 800 mètres de la muraille de la ville, se trouve une Mission où des Frères Maristes élèvent les orphelins de la Sainte-Enfance.

Les Frères sont assez jeunes (23 à 24 ans en moyenne), vivent assez mal, et, surtout, du fait de leur organisation, ne peuvent bien souvent faire autrement que d'enfreindre les règles

* Communication faite à l'Académie de Médecine de Paris.

de la plus rudimentaire hygiène. Ils sortent peu ou pas de leur Mission; vivent constamment au milieu d'enfants sales, pouilleux et morveux et, chacun à leur tour, sont obligés de coucher dans les dortoirs de leurs élèves. Il faut avoir pénétré dans une de ces salles, le matin, pour se faire une idée des odeurs infectes qui s'en échappent, mélange de gaz, sueur, matières fécales, crasse, ail, le tout, combiné à l'odeur *sui generis* du Chinois, laquelle est déjà particulièrement désagréable pour un odorat européen.

Dès le début du printemps, des enfants furent atteints de fièvre; ils étaient très abattus, constipés, avaient la peau très chaude, les yeux injectés, d'après ce que m'ont dit les Frères, car à ce moment-là je ne les ai pas vus.

Il y avait en général une éruption. L'affection durait, en moyenne, une douzaine de jours, puis une brusque amélioration survenait, très souvent après une transpiration abondante. Ces symptômes, malgré leur peu de précision, me firent penser à la possibilité d'une épidémie de typhus parmi les orphelins.

Dans la deuxième quinzaine de mars, un Frère est atteint de fièvre, courbature, inappétence, après quelques jours de malaise. Il était malade depuis quelque temps, quand je le vis, et pus constater, le jour de ma visite, une éruption de taches rosées lenticulaires disparaissant sous le doigt. Le malade se plaignait de céphalalgie, de douleurs lombaires, avait les yeux injectés; le pouls était très rapide, et on percevait, à l'auscultation du cœur, un bruit de galop. Quelques jours après, tout était rentré dans l'ordre, et le patient ne conservait de cette maladie qu'un état anémique très marqué.

Je ne cite ce cas que pour mémoire, n'ayant pu le suivre. Voici maintenant l'évolution de l'épidémie que j'ai pu étudier de très près.

Le 28 mars, un Frère de Cha-la-eul passe l'après-midi dans la chambre du malade dont nous venons de parler: c'était, depuis le début de la maladie de ce dernier, la première fois qu'il se trouvait en rapport avec lui. Le lendemain, il éprouve du malaise de la courbature, et trois jours après, le typhus était nettement déclaré.

Le 1er avril, un deuxième Frère est atteint; le 17, un troisième est pris à son tour. Le même jour, au Collége franco-chinois, situé dans Pékin, un Frère est également atteint. Ce dernier est allé, la veille, passer son après-midi dans la chambre des malades. Le 22, le Supérieur, qui s'est surmené à soigner ses malades, éprouve du malaise, de la lassitude générale; et, le 25, la maladie est confirmée.

Le 13 mai, un nouveau cas se montre chez un Frère du collége, lequel est allé voir les malades de Cha-la-eul. Le 28 mai, le typhus reparaît à Cha-la-eul, non plus chez les Frères, mais chez les Sœurs de Charité qui occupent une Mission contiguë à celle des Maristes; une Religieuse est atteinte, celle qui est préposée à la buanderie, et par les mains de laquelle passait tout le linge des malades. Il n'y eut pas d'autre cas parmi les Religieuses qui approchèrent la malade; toutes, en effet, avaient été précédemment atteintes. Chez les Frères, tous sauf un ont été touchés. Deux cas, dans la suite, furent observés dans une autre Mission, "le Jen Tsé T'ang," sise dans la portion nord-ouest de Pékin, où les Sœurs élèvent les orphelines de la Sainte-Enfance. Au mois d'août, la Supérieure est atteinte très sérieusement: c'était un cas de typhus récidivé, la Religieuse ayant eu, 30 ans auparavant, une première attaque de typhus. Puis en octobre, une jeune Sœur est à son tour atteinte assez légèrement. De même que les premiers

Frères de Cha-la-eul, les Sœurs ont dû contracter la maladie au contact des enfants malades de leur Mission.

La contagion est donc patente. La durée de l'incubation en Europe est fixée à 12 jours, en moyenne. Ici, dans trois cas bien nets, nous avons vu se montrer les premiers signes prodromiques 24 heures après que le sujet avait été en contact avec le patient.

À ces trois observations personnelles, nous pouvons en joindre une quatrième, qui nous a été donnée par un Père Lazariste. Ce Missionnaire est appelé pour administrer une Religieuse qui se mourait du typhus. Un jour plus tard, lui-même éprouvait les premiers symptômes de cette maladie.

La période prodromique ou d'invasion a une durée moyenne de deux à cinq jours. Dans notre première observation, seulement, notre malade, après un jour de malaise, arrivait à 40°. Pendant cette période la température s'élève vite, mais graduellement, en général. Il y a de légères rémissions matinales. Parfois, un purgatif administré dès le début provoque un abaissement notable de la température.

Les phénomènes généraux, eux-mêmes, s'amendent pendant 15 à 24 heures, permettant de croire à un léger embarras gastrique, jugé par les évacuants. Mais bientôt les phénomènes ne tardent pas à se reproduire, et, souvent, avec plus d'intensité.

Pendant cette phase prodromique, les accidents présentés sont ceux que l'on voit dans toutes les maladies infectieuses; le début, dans certains cas, a beaucoup d'analogie avec une attaque d'influenza. Le malade se sent courbaturé; il éprouve des frissons, ses jambes ne le portent que difficilement, les mollets, les cuisses, les régions lombaires, interscapulaires, les hypocondres sont douloureux. Il a des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, la marche n'est pas sûre; il titube parfois, il manque de tomber par moment, il a des défaillances.

Le symptôme dominant est la céphalalgie, qui, d'emblée, est très pénible; céphalalgie gravative, en casque, enserrant la tête dans un cercle douloureux que le moindre mouvement exagère.

Non seulement les muscles, mais les articulations sont le siége de douleurs. Le cuir chevelu présente une hyperesthésie des plus pénibles. La peau est sèche, la langue blanche; le malade a des nausées. Signalons des épistaxis légères. Les yeux sont injectés, larmoyants. Il y a toujours de la photophobie d'intensité variable. Nous avons vu aussi la diplopie et l'amblyopie. La face est congestionnée, la tête chaude. La soif est vive, l'inappétence parfaite. Les selles rendues ont déjà une odeur quasiment fétide. Dans un cas, nous avons vu revenir les règles, et cette perte de sang a fait, momentanément, céder la rachialgie. La nuit, le sommeil est agité, il y a un peu de délire; à ce moment, la température atteint 38°.9, 39°, avec de légères rémissions matinales. Si nous examinons les tracés, nous voyons que c'est entre le troisième et le quatrième jour de la maladie que le thermomètre atteint 40°, chiffre qui est parfois dépassé. Dans un seul cas, la maladie eut une invasion brusque et la température fut, le deuxième jour, 40°.

L'invasion peut être particulièrement bruyante. Il y a peu de temps nous avons vu la maladie débuter chez la Supérieure de l'hôpital, par un point de côté extrêmement violent siégeant à droite; de la dyspnée, et des douleurs généralisées à toutes les articulations, par-

ticulièrement à celles de la colonne vertébrale. Le point de côté dura 20 heures, mais les douleurs articulaires allèrent en augmentant.

À ce moment, nous entrons dans la *période d'état de la maladie.* Le thermomètre restera pendant une douzaine de jours à 40°, et même au-dessus, avec de légères rémissions matinales.

Tout à fait au début de cette période d'état survient une *éruption.* Elle se montre, en moyenne, entre quatre et six jours après la manifestation des premiers symptômes de la maladie, c'est-à-dire qu'elle se produit 24 à 36 heures après que la température a atteint son acmé. Cette éruption n'a, pour ainsi dire, pas d'effet sur la courbe thermique; dans un seul cas, nous avons pu noter un léger abaissement de la température au moment de son apparition. Le patient n'en éprouve aucune sensation de mieux dans son état.

L'éruption n'a rien de fixe dans son mode d'apparition. Tantôt elle va par acoups, tantôt elle marche d'une façon progressive et se généralise très vite. Ainsi, dans une de nos observations (2), nous voyons un jour deux taches se montrer dans la fosse iliaque; pas une seule ailleurs. Puis, le lendemain, l'éruption envahit nettement toute la surface du corps. Dans la majorité des cas, l'éruption a commencé par les parties découvertes: mains, avant-bras et portion de la poitrine que la chemise ne recouvre pas. De là, elle gagnait le thorax, le ventre, les membres inférieurs et le dos du pied. Dans certaines observations, nous notons un développement du réseau veineux sous-cutané, dessinant des aréoles sur le dos du pied et sur la poitrine. D'autres fois, l'éruption est accompagnée de petits rashs à la nuque sur le cou du pied.

L'éruption peut parfois être très discrète. Tout récemment (janvier 1896) nous avons observé un cas de typhus chez une Religieuse et nous n'avons noté que quatre ou cinq taches: deux dans la paume des mains, et autant sur la poitrine. L'éruption ne franchit pas la base du cou. Dans un cas, cependant, nous avons vu ce dernier, et la face elle-même envahis par les taches, qui étaient très confluentes sur les joues et le front, où elles formaient, par endroits, de petits placards très rouges.

Dans presque tous les cas, nous avons noté la présence de taches dans la paume des mains. L'éruption met deux ou trois jours pour se produire entièrement.

Ces taches, au début, sont des macules, disparaissant sous la pression des doigts. Leur teinte est rosée ou un peu rouge, rappelant celle de la rougeole. Leur dimension varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Leur forme n'a rien de fixe. Dans la grande majorité des cas, elles sont rondes ou ovalaires; quelques-unes sont dentelées un peu en croissant. Autour de la macule se voit une petite aréole de teinte rose pâle. Dans certains points—bras, avant-bras, dos des mains—ces macules sont très confluentes. Elles se fusionnent; leur teinte paraît plus rouge, et elles forment de petits rashs, qui semblent faire un relief; mais ce dernier n'est pas perceptible au doigt. Après un jour ou deux, elles deviennent papuleuses, ce sont des maculo-papules. Quelques-unes présentent même en leur centre un petit point violacé, qui ne disparaît pas toujours sous la pression digitale. Celles qui occupent la paume des mains, au nombre de 8 à 15 par main, sont régulières, rosées, comme celles de la typhoïde, et les plus volumineuses n'ont jamais un diamètre supérieur à celui d'une petite lentille.

Aux jambes, aux cuisses, elles sont moins abondantes, et ne se voient guère qu'à la partie interne, là où la peau présente le maximum de finesse.

Cette éruption ne provoque pas de démangeaison. Cependant, dans les points où elle est très confluente, il y aurait un léger prurit.

Ces taches varient, non seulement d'un jour à l'autre, mais d'un instant à l'autre, dans l'intensité de leur coloration.

Ainsi, les taches des parties découvertes sont généralement beaucoup plus accusées que celles des régions protégées par les couvertures; et ces dernières prennent une teinte plus vive, dès qu'elles sont quelques instants exposées à l'air.

L'éruption disparaît peu à peu; mais souvent, pendant cette période de régression, des taches nouvelles se montrent dans les points où les premières sont totalement ou à peu près effacées. La durée moyenne de l'éruption peut être, chez les Européens, évaluée à une semaine.

Chez un Chinois, dont nous avons pris l'observation (8), l'éruption a duré 12 jours, revêtant, à la fin, le caractère de pétéchies punctiformes.

Quand les taches ont disparu il n'est pas rare de voir à leurs places, spécialement sur le dos des mains, de petits points blanchâtres, correspondant à la position primitive de taches rosées et donnant à la peau un aspect marbré; quelquefois, la teinte est légèrement marron, rappelant une vieille ecchymose en voie de régression. La disparition des taches n'est pas suivie de desquamation comme le fait s'observe dans le typhus d'Europe.

Une desquamation peut s'observer à la fin de la maladie, ainsi que nous le dirons plus loin; mais il n'y a pas de rapports à établir entre elle et l'éruption.

Non seulement l'éruption peut se faire par poussées irrégulières, mais une *deuxième éruption* peut se produire, un certain temps après la disparition de la première. Nous avons observé deux fois le fait. Chez un de nos malades (5), l'éruption disparaît au bout de quatre jours; trois jours plus tard, nouvelle poussée. Chez un autre, la première éruption dure trois jours; deux jours après, se montrent de nouvelles taches rosées.

Nous devons insister sur ce fait que jamais les taches n'ont eu le caractère pétéchial, formant les marbrures ecchymotiques caractéristiques du typhus d'Europe. Elles avaient une très grande analogie avec les taches rosées de la dothienentérie. Dans les cas qui se sont terminés par la mort, et dans un autre récidivé, l'éruption présenta au bout d'un certain temps, de petits points violacés, analogues à des piqûres de puces; et quelques taches rosées eurent à leur centre un point pétéchial, ne disparaissant qu'imparfaitement sous la pression des doigts. Aussi, croyons-nous, que la teinte violacée des taches est d'un très sérieux pronostic.

La période d'état dure, en moyenne, 10 à 12 jours, se termine par une crise, un abaissement brusque et notable de la température, et un passage soudain d'un état grave à un état de mieux être très manifeste. Elle est caractérisée par l'exagération de tous les symptômes du début, et par un certain nombre d'autres propres à cette phase de la maladie et bien caractérisés.

Le malade est dans un état de stupeur bien marqué; mais, fait intéressant, malgré son abattement, il lui reste encore une certaine force qui peut même permettre à quelques-uns d'entre eux de se lever, d'aller seuls à la chaise percée. Il y a même des sortes de formes ambulatoires; le malade, malgré la fièvre très vive, l'abattement, la céphalalgie, peut encore marcher. Un Chinois, malade depuis cinq jours, vint, de très loin, avec une température de 40°.4, nous

demander, à pied, une consultation, à la Légation de France (8) et put, en se promenant, gagner l'hôpital, distant de 2½ kilomètres environ.

Le facies ne permet pas de juger de l'état du patient. Il est indifférent à tout ce qui se passe autour de lui; la figure est rouge et chaude: parfois les deux joues sont congestionnées, au point de former comme un relief écarlate, limité par un bord plus foncé, rappelant beaucoup la couleur et la disposition de l'érysipèle; les oreilles sont froides, cyanosées, pour ainsi dire dans certains cas, et cette couleur bleuâtre jointe à leur refroidissement, tranche singulièrement sur la congestion et la chaleur de la face. L'œil injecté et mort, les pupilles inégalement dilatées, l'angle interne de l'œil garni de mucosités, qui tendent à accoler les paupières, le malade reste immobile, couché, en général sur le dos. Des mouvements involontaires, soubresauts tendineux, contractions fibrillaires, se produisent sans cesse. La langue est blanche et humide, rosée sur les bords et la pointe, dans les premiers jours; elle se sèche peu à peu, devient râpeuse. Les lèvres, les dents sont enduites, assez tardivement, de fuliginosités. Des mucosités épaisses et gluantes font adhérer parfois la base de la langue à la voûte palatine, encombrent la gorge et gênent la phonation. Dans d'autres cas, la gorge est sèche et luisante; des vésicules d'herpès peuvent se montrer sur les lèvres et les amygdales; l'haleine est fétide.

La peau est sèche et brûlante; et, en la frottant avec l'ongle, on peut observer la raie méningitique.

Interrogé, le malade peut presque toujours répondre, et dire qu'il souffre horriblement de la tête. Cette céphalalgie gravative qui fait dire au patient que tout se démolit dans sa tête, s'exagère par le bruit, la lumière, le mouvement et nécessite la calotte de glace. Il accuse un anéantissement profond, se plaint de rachialgie, de douleurs dans les mollets, dans les articulations, de points de côté, de contractures musculaires pénibles. Les muscles, eux aussi, sont très sensibles, et deux de nos malades poussaient des cris dès qu'on pressait, même légèrement, les masses des mollets. Les os, eux-mêmes, sont douloureux.

Les douleurs musculaires, et surtout celles des articulations, sont tellement vive qu'elles dominent parfois la scène et donnent à la maladie un caractère spécial: nous avons observé un cas de ce genre, qu'on pourrait désigner sous le nom de "typhus arthralgique." Pendant toute la période d'état et les premiers temps de la convalescence, notre malade éprouva dans toutes les articulations, surtout dans celles de la colonne vertébrale, des genoux, cous de pied, poignets des douleurs très violentes, qui la condamnaient au repos absolu et lui faisaient pousser des cris au moindre mouvement imprimé. Les articulations n'étaient, cependant, ni rouges, ni gonflées.

Quelques patients sont dans un état de défaillance permanent avec menace perpétuelle de syncope.

Tantôt le malade est très agité, loquace, impatient dans son lit, cherchant à se lever. Tantôt, au contraire, il est triste, répond à peine, ou par monosyllabes incompréhensibles à vos questions. Il marmotte entre ses dents, a des mouvements de pieds, de mains, cherche à saisir des objets imaginaires. Trois fois nous avons constaté de *l'aphasie.* Chez un Frère, cet état ne dura que quelques heures; mais chez une Religieuse, à deux reprises, l'aphasie persista pendant 24 heures. Assise dans son lit, semblant ne pas entendre les questions qu'on lui posait, elle avait l'aspect d'une lipémaniaque, l'œil humide et inquiet, la larme facile, tenant, entre ses mains, un coin de son drap, dans l'attitude de la couture, semblant ne plus vivre dans

le milieu où elle se trouvait et n'ayant plus conservé que quelques mouvements de pudeur qui la faisaient se recouvrir la poitrine, à mesure que nous la découvrions pour l'ausculter.

La surdité est un accident presque constant. Elle est précoce. Au début, ce n'est qu'une très légère dureté d'oreille, avec bourdonnements, coups de sifflet de locomotive. À mesure que la maladie évolue, la surdité s'accentue, et il faut, chez certains malades, crier à haute voix pour arriver à se faire entendre et encore ne réussit-on pas toujours très bien.

Nous avons parlé de l'injection oculaire et de la photophobie du début; celle-ci est parfois assez vive pour que le malade demande à être maintenu dans l'obscurité. D'autres troubles oculaires se montrent. Au premier chef, l'amblyopie: les objets ont peu de netteté dans leurs contours; les malades ont un nuage devant les yeux. Il peut y avoir de la diplopie et même de la dischromatopsie. Les pupilles sont très fréquemment inégales.

Le patient repose mal, les nuits sont mauvaises et agitées. Des rêves, les plus singuliers, se succèdent. Plusieurs de nos malades se plaignaient d'avoir quelqu'un à côté d'eux, dans leur lit. Le malade s'agite, pour expulser ce visiteur importun. Quelques-uns ont un délire violent, à idées à peu près fixes; d'autres restent somnolents, et poussent de temps à autre de petits cris inarticulés. D'autres, calmes en général, ont présenté, certains jours, une agitation extrême; ils étaient angoissés, anxieux, et tous ces phénomènes cédaient, comme par enchantement, dès qu'un lavement avait fait expulser les scybales ou produit une débâcle.

La constipation opiniâtre, qui est la règle en Europe, est ici l'exception. Nous croyons intéressant de faire ressortir ce fait, que presque toujours on peut très facilement entretenir la liberté du tube digestif avec un purgatif léger, comme le calomel. Dans un cas seulement, nous avons pu constater une tendance très nette à la constipation; mais les purgatifs en eurent raison. Chez les Chinois, la constipation est, paraît-il, la règle. Nous avons vu, à Cha-la-eul, un novice traité par un confrère chinois, rester pendant 11 jours sans aller à la selle. Les selles sont fréquentes, 10 à 12 par jour et autant pendant la nuit, assez abondantes, jaunâtres et particulièrement fétides.

Le ventre reste souple, facile à explorer. Quelquefois, nous avons noté un léger météorisme, ou un peu de tension des muscles abdominaux. La palpation peut faire percevoir du gargouillement dans la fosse iliaque, mais rarement elle est douloureuse. Quelques malades accusent des coliques, des douleurs, des crampes épigastriques, des nausées qui cèdent à la potion de Rivière. Nous avons noté l'incontinence des matières fécales chez les malades qui ont été gravement atteints, et chez ceux dont le typhus a eu une terminaison fatale.

Les malades supportent bien l'alimentation et peuvent prendre facilement. On peut voir de la dysphagie, mais celle-ci résulte soit d'une légère angine, soit des mucosités qui accolent la langue et encombrent la gorge. Nous avons, chez une Religieuse, pu observer un cas d'œsophagisme.

La malade ne pouvait prendre aucun aliment solide. Les liquides passaient, mais en très petite quantité. Cette femme disait que les liquides n'arrivaient pas dans son estomac, et éprouvait de la gêne dans toute la région du cou; puis, au bout d'un certain temps, une heure et plus, parfois, le liquide était lentement, comme en bavant, rendu par regurgitation.

Pendant cette période d'état, les épistaxis ne sont pas rares, épistaxis peu considérables, caractérisées surtout par quelques gouttelettes de sang, qui s'écoulent le matin, au moment où le patient se mouche.

La *fièvre*, durant cette période d'état, reste élevée. Les rémissions matinales sont légères. Elle oscille aux environs de 40° et baisse, pendant la nuit, de quelques dixièmes. Les chutes de 1 degré sont rares. L'apparition de l'éruption ne modifie pas le tracé thermique; il en est de même de la quinine, l'antipyrine, l'acide salicylique. Les bains et lavements froids produisent parfois, pour quelques instants, un léger abaissement de la température, qui peut varier de $\frac{8}{10}$ de degré à 1 degré. Une transpiration abondante, soit spontanée, soit produite par le gingembre, a pu, dans certains cas, faire descendre le thermomètre. Nous en avons un exemple bien net dans notre 8e tracé: de 40°.2, la température descend à 37 degrés.

La température, chez tous les malades, était prise plusieurs fois dans la journée; et, d'après toutes nos observations, nous pouvons conclure que les températures extrêmes, minima et maxima, sont atteintes à 9 heures du matin et à 8 heures du soir.

Très souvent, la fièvre procède par bouffées intermittentes, et pendant ces périodes d'accalmie la température peut baisser de plusieurs dixièmes de degré. Mais ces rémissions, pendant lesquelles le malade éprouve un mieux être, sur lequel il attire notre attention, sont courtes, et durent au maximum de une heure à une heure et demie.

La fièvre se maintient à ce taux élevé pendant toute la période d'état, c'est-à-dire pendant 12 à 14 jours, en moyenne. La chute brusque de $1\frac{1}{2}$ à 2 degrés est le meilleur symptôme, indiquant que la maladie va entrer dans une phase nouvelle, c'est-à-dire la convalescence, dans laquelle on entre brusquement. La température arrive à la normale, non pas brusquement, mais par chutes successives et rapides. Ainsi, si nous consultons nos tracés, nous voyons que, dans la majorité des cas, il a fallu deux ou trois jours pour que le degré normal fut atteint.

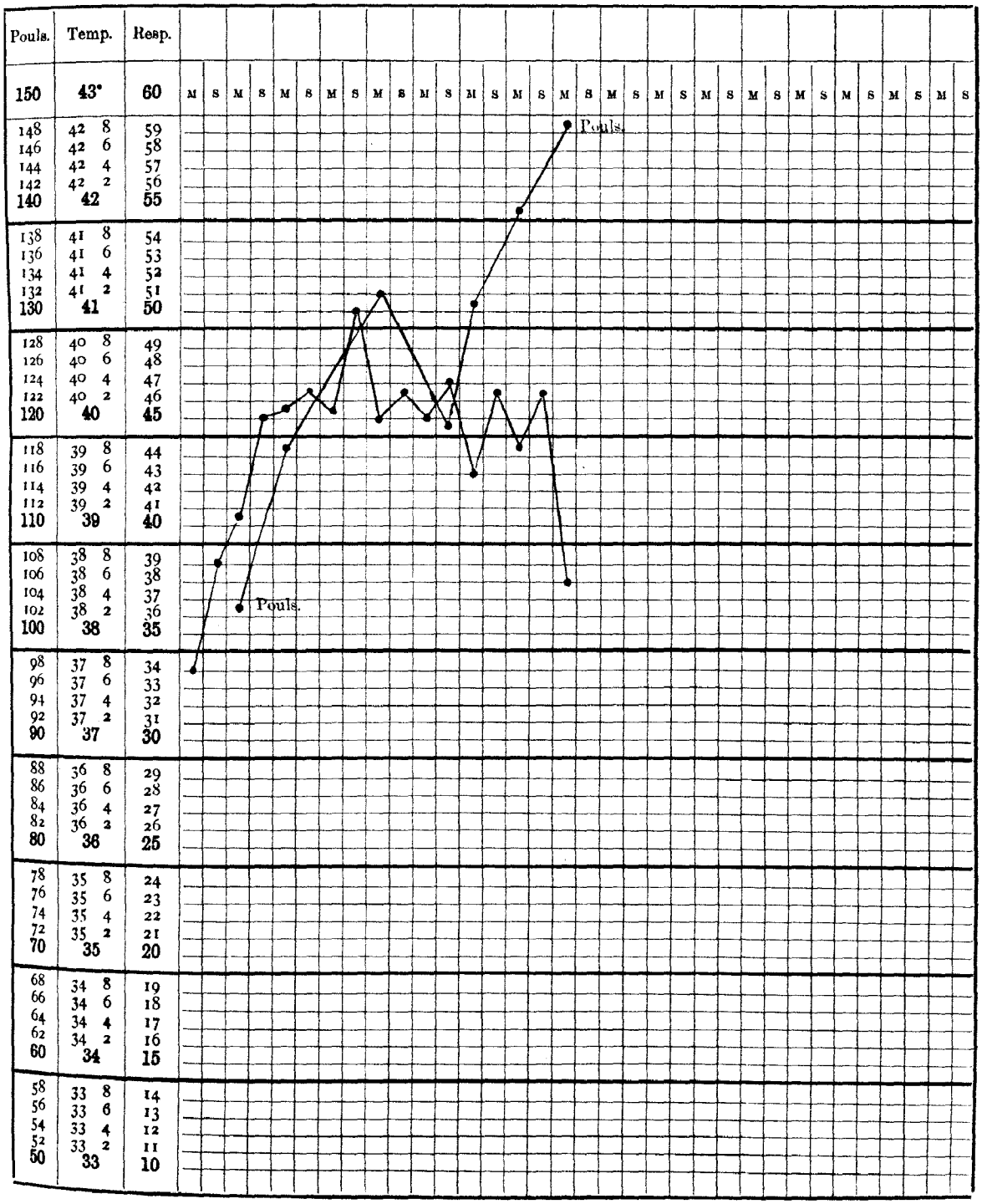
Il y a généralement parallélisme entre l'ascension de la température, la rapidité du pouls et celle de la respiration. Certains de nos tracés sont, à cet effet, des plus typiques.

Dans les cas mortels, par exemple, au moment où la chute brusque de le température, prodrome de l'accident fatal, se produit, le pouls s'accélère d'une manière effrayante.

Le *cœur* est l'organe le plus rapidement et le plus fréquemment touché par le poison typhique. Il est, croyons-nous, indispensable au médecin de le surveiller de la manière la plus attentive pour l'empêcher de faillir. Les renseignements tirés de l'examen de cet organe sont de la plus haute importance, au point de vue du pronostic.

Le premier phénomène qui attire notre attention est l'accélération des battements du cœur. Dès les premiers jours, le pouls atteint 120. Il est petit, filiforme, souvent dicrote. Nous avons dit que sa marche était parallèle à l'ascension de la température. Il peut atteindre 140, dépasser même ce chiffre, et se maintenir pendant plusieurs jours à ce point élevé. Cette rapidité exagérée du pouls ne nous a pas semblé, dans le typhus, entraîner un pronostic aussi grave que celui que TROUSSEAU lui accordait dans la fièvre typhoïde.

À l'auscultation, on perçoit, dès les premiers jours, un éclat particulier au deuxième bruit de l'artère pulmonaire. Ce timbre spécial est l'indice prémonitoire, en général, d'un dédoublement du deuxième bruit de la base, qui s'est montré d'une façon assez constante. Ce galop, tantôt est intermittent, tantôt perçu d'une façon continue pendant une dizaine de jours. À mesure que la maladie fait des progrès, le cœur prend un caractère de plus en plus fœtal; mais le bruit de galop n'est pas le seul qui se puisse entendre. Nous avons noté dans une observation (6) un frottement péricardique. Dans presque toutes nos observations nous


Pouls.
Temp.
Resp.
M S M S M S M S M S M S M S M S M S M S M S M S M S M S M S M S M S M S M S M S
150 43° 60
148 42 8 59
146 42 6 58
144 42 4 57
142 42 2 56
140 42 55
138 41 8 54
136 41 6 53
134 41 4 52
132 41 2 51
130 41 50
128 40 8 49
126 40 6 48
124 40 4 47
122 40 2 46
120 40 45
118 39 8 44
116 39 6 43
114 39 4 42
112 39 2 41
110 39 40
108 38 8 39
106 38 6 38
104 38 4 37
102 38 2 36
100 38 35
98 37 8 34
96 37 6 33
94 37 4 32
92 37 2 31
90 37 30
88 36 8 29
86 36 6 28
84 36 4 27
82 36 2 26
80 36 25
78 35 8 24
76 35 6 23
74 35 4 22
72 35 2 21
70 35 20
68 34 8 19
66 34 6 18
64 34 4 17
62 34 2 16
60 34 15
58 33 8 14
56 33 6 13
54 33 4 12
52 33 2 11
50 33 10
Pouls.
Pouls.

signalons un affaiblissement notable du premier bruit à la pointe, indice d'une lésion plus ou moins sérieuse du muscle cardiaque. Dans une autre, un souffle aortique au premier bruit; dans un troisième (7), le premier bruit pulmonaire était râpeux. Le bruit de galop a été le trouble cardiaque le plus fréquent, vu qu'il figure dans six sur neuf de nos observations. Enfin, nous l'avons également rencontré chez une Religieuse et un novice chinois dont nous n'avons pas pris l'observation: soit 8 fois sur 11 cas par nous examinés.

Comme phénomènes subjectifs du côté du cœur, les malades ont accusé parfois des battements douloureux, et de légers phénomènes d'angine de poitrine: point douloureux précordial, sensation de constriction.

Dès que nous voyions le pouls filiforme atteindre 125 ou 130 pulsations, nous donnions, pendant quelques jours, soit de la caféine, soit de la digitale.

L'organe réagissait assez bien, et la tension artérielle augmentait notablement. Dans les deux cas terminés par la mort, le cœur a rapidement été profondément lésé; et, même avec des doses répétées de caféine en injections, nous n'avons pu obtenir le moindre relèvement de la tonicité de la fibre cardiaque.

La fièvre, l'accélération du pouls, la dyspnée vont de pair. Cette dernière parfois excessive, puisqu'elle peut atteindre 44 et 48 inspirations par minute, ne peut être expliquée par l'état de l'appareil respiratoire. La gorge est souvent rouge; il peut y avoir une angine légère, des mucosités plus ou moins gluantes peuvent encombrer les fosses nasales et l'arrière-gorge, mais à la percussion, on trouve normale la sonorité thoracique.

L'auscultation fait percevoir au sommet et dans la partie médiane quelques ronchus et sibilances; à la base, il y a toujours de la congestion, généralement légère. Les crachats sont clairs et aérés, quelquefois un peu gommeux et jaunâtres. Le seul accident pulmonaire que nous ayons constaté est une pneumonie; encore, cette dernière s'est elle déclarée chez une de nos malades au moment de la convalescence. La température élevée et l'état du cœur peuvent, à notre avis, expliquer suffisamment cette dyspnée.

On pourrait supposer, à priori, qu'une maladie qui revêt dans sa marche, dès le début, un caractère aussi nettement infectieux que le typhus de Pékin, devrait de bonne heure, toucher la *rate*. Il n'en est rien, cet organe semble subir assez peu l'effet de l'infection. Dans les premiers jours, en effet, la région splénique est peu ou pas sensible à la pression. Néanmoins, dans le dernier cas par nous observé, à la Mission du Jen Tsé T'ang (janvier 1896), sur une jeune Sœur originaire de Macao, la région splénique fut d'une sensibilité exagérée à la pression; et cependant la maladie fut très bénigne.

La percussion ne montre pas la glande augmentée de volume, ce n'est guère qu'à partir du cinquième jour que l'on peut constater un accroissement de ses dimensions; mais cette augmentation de volume n'est jamais comparable à celle qu'on constate dans la fièvre typhoïde. Les dimensions moyennes étaient $8\frac{1}{2} \times 14$ cm., 10×12 cm. Une fois seulement nous avons trouvé une splénomégalie sérieuse, 17×22 cm. (3).

Le *foie* n'a lui-même présenté aucune modification intéressante. Peut-être, dans une observation ou deux, peut-on mentionner une sensation vaguement obtuse, mais sans grande importance.

Chez la Religieuse dont nous venons de parler, la région hépatique, sans être aussi sensible que la rate, était cependant douloureuse, quand on la comprimait.

Chez le Chinois dont nous avons pris l'observation (8), le foie et la rate ont, pendant toute la période d'état, et les premiers temps de la convalescence, été nettement très douloureux.

Au début de la période d'état, la *quantité d'urine* diminue, sa couleur est plus foncée. Le taux de l'urée peut être fixé à une moyenne de 13½ à 14 gr. L'urine est très riche en sels uratiques, qui se précipitent par refroidissement.

L'albuminurie s'est montrée dans trois cas seulement, et encore était-elle légère.

La quantité d'urine rendue dans les 24 heures subit une augmentation très manifeste sous l'influence des lotions et surtout des lavements phéniqués froids. Ce phénomène s'est montré d'une façon constante dans toutes nos observations. À partir du 10e jour en général, la quantité d'urine augmente naturellement, atteignant 1,800 gr. et même 2 litres.

Les *troubles de la miction* ne sont pas rares. Trois fois nous avons noté de la rétention, tantôt légère, une fois assez sérieuse, car elle a duré 24 heures. Cette rétention n'est pas un phénomène de début. C'est entre le 8e et le 12e jour qu'on la voit se produire. Deux fois, nous avons noté de l'incontinence.

La *peau*, au début, est d'une sécheresse extrême. Nous avons même dans quelques cas cru bon de provoquer la transpiration au moyen d'une infusion de gingembre. Mais bientôt une transpiration abondante s'établit, nécessitant parfois le changement du linge à plusieurs reprises dans les 24 heures.

Chez certains malades, ces sueurs reviennent par bouffées trois, quatre et cinq fois dans la journée et la nuit, surtout quand on approche de la période de convalescence. Elles ont souvent été particulièrement abondantes dans la matinée. Fait intéressant à signaler, elles cessaient comme par enchantement, après l'ingestion d'une infusion de café noir. Ces sueurs ont une odeur fade, quasiment cadavérique, écœurante.

Ces crises de sueurs sont suivies en général de sudamina abondantes.

Les malades ont tous une *odeur* assez pénétrante, rappelant, à l'intensité près, celle des sueurs. Nous n'avons jamais eu l'occasion de voir de typhiques en Europe, mais tous nos classiques sont univoques dans leur description de cette odeur bien spéciale des malades qui, dès en entrant, permet, en quelque sorte, d'établir le diagnostic. Ici, l'odeur n'est pas à ce point accentuée, et nous n'avons pu établir de relations entre l'odeur du patient et le degré de gravité de la maladie, comme certains auteurs prétendent pouvoir le faire dans les pays de l'Occident. Il est vrai que dans le milieu où nous observions, l'odeur de malade se mêlait à celle des Chinois et qu'il était difficile à notre olfaction de bien distinguer ce qui revenait à l'un et à l'autre.

Les *troubles trophiques* du typhus doivent, croyons-nous, être rares. Sur neuf observations, nous ne les avons constatés qu'une fois. Encore s'agissait-il d'un sujet qui avait eu une rechute, dont la maladie avait été très longue. Des escarres se montrèrent à la pointe des omoplates, aux fesses et aux talons ; ces dernières furent particulièrement lentes à cicatriser.

Pendant cette période d'état, le seul symptôme qui subisse une amélioration est la céphalalgie dont l'intensité diminue parfois à partir du cinquième jour.

Il est assez intéressant de signaler que pendant cette période d'état l'appétit reste assez bon ; malgré la fièvre et l'abattement, les malades peuvent s'alimenter d'une façon suffisante

et prennent bien du lait, des jaunes d'œuf, du jus de viande et surtout de l'alcool sous toutes les formes.

La période d'état dure en moyenne de 12 à 13 jours. Les Missionnaires et les Religieuses qui ont eu, bien souvent, l'occasion de voir de près le typhus, disent régulièrement que la période dangereuse de la maladie s'étend du 12e au 15e jour.

À ce moment, en effet, la maladie se juge par une *crise.* Celle-ci est des plus variables. Dans les cas les plus simples, une abondante sudation survient, qui est suivie d'une chute de 1½ à 2 degrés. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et les malades passent par des crises extrêmement pénibles, sur le pronostic desquelles on ne saurait être trop réservé. Un de nos malades avait été agité toute la matinée. Vers 2 heures, il se sent tout à coup défaillir et a le sentiment d'une mort prochaine. Cet état de défaillance dure pendant deux heures, avec claquement de dents, frissons, refroidissement et cyanose des extrémités; petitesse extrême du pouls. Puis vers 4 heures, subitement, il se sent mieux, les idées s'éclairent. Il commence à reconnaître les gens qui l'entourent et à s'entretenir avec eux. À partir de ce moment la température tombe et le malade repose. La fièvre se montre encore dans la soirée, mais le lendemain matin, elle était à 38°, soit 2 degrés de différence. Le patient accusait un mieux être des plus manifestes. C'était la fin de la période d'état. Il n'y a pas besoin, en effet, que la température arrive à la normale pour que le malade lui-même attire notre attention sur cette amélioration qui est d'une haute valeur pronostique.

La céphalalgie diminue notablement et peut même cesser. Il ne reste que de la lourdeur de tête, de la tendance au vertige. Mais le sommeil est bon. Le malade dort bien; quelques-uns ont de véritables crises de sommeil: ils dorment la nuit et le jour. Tous les patients accusent un sentiment de lassitude considérable. Ils se trouvent anéantis. Le moindre mouvement leur est pénible; s'ils veulent s'asseoir sur leur lit, aller à selle, aussitôt se produisent de l'essoufflement, une respiration irrégulière, des palpitations, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles.

La surdité persiste et durera même longtemps encore. La congestion de la conjonctive diminue, les pupilles sont dilatées, quelquefois inégales, la vue reste souvent trouble.

La langue s'étale, devient humide et blanche, mais des mucosités gluantes accolent la langue au voile et à la voûte du palais, encombrent la gorge, et par leur abondance peuvent devenir un obstacle à la déglutition et à la respiration. Elles sont rendues sous forme de muco-membranes visqueuses, blanc-jaunâtre.

À la suite de la défervescence brusque, la température continue à descendre; dans les jours qui suivent, il n'est pas rare de la voir arriver au-dessous de la normale, et s'y maintenir pendant un certain temps.

Le malade passe brusquement d'un état grave à une amélioration soudaine, qui est l'indice de l'entrée en convalescence.

Le malade reste assoupi, somnolent, se plaint de douleurs plus ou moins vagues, de courbatures musculaire et articulaire, de vacuité de la tête; il lui semble sortir d'un rêve, ses idées sont enveloppées comme d'un brouillard. Quelques-uns ont présenté de l'hyperesthésie du cuir chevelu, des démangeaisons.

En même temps que la température baisse, l'accélération du pouls diminue rapidement, pour arriver à la normale. Les bruits anormaux du cœur, dont nous avons parlé, ont déjà disparu au moment où la période d'état prend fin.

La quantité d'urine est considérablement accrue. Les malades rendent jusqu'à 3 litres et plus, véritable débâcle urinaire. L'urine est très limpide, jaune-clair, et la teneur urée augmentée.

Chaque jour le médecin et le malade notent l'amélioration. Il peut arriver qu'après trois à cinq jours de cet état de convalescence une grande faiblesse, sorte d'état syncopal, se produise brusquement, lequel est très effrayant, non seulement pour l'entourage, mais pour le médecin.

Ces accidents, bien connus des Missionnaires, se produisent entre les 17e et 21e jours de la maladie. Il n'est pas rare de voir les malades être emportés, et ceux qui échappent restent 24 à 36 heures dans une situation tout à fait précaire. Nous en avons, tout récemment, observé un cas chez une Religieuse âgée de 73 ans, qui, au 20e jour de sa maladie, alors que déjà elle avait failli être emportée par la crise du 11e jour, tomba dans un état lypothimique considérable, dans lequel elle resta un jour et la moitié de la nuit, et dont elle sortit à notre grande surprise.

Cette période intermédiaire des 17e et 21e jours franchie, il n'y a plus rien à craindre, si ce n'est une complication imprévue, comme une pneumonie, par exemple. La langue se dépouille de plus en plus, les idées s'éclairent; le malade peut, facilement déjà, aller seul à la chaise. Des transpirations abondantes, à odeur fade et écœurante, se produisent, surtout pendant la nuit, et plus spécialement le matin. Quand elles sont très abondantes, elles épuisent le malade. La peau récupère sa souplesse et n'est plus sèche comme autrefois.

Un des meilleurs symptômes est le développement de l'appétit. Nous avons déjà insisté sur ce fait que, pendant la période d'état, le malade s'alimente assez bien. Maintenant, son appétit est violent, et il faut, dans certains cas, le rationner. L'estomac est fort tolérant, et tout ce que nous pouvons constater consiste dans des coliques légères, quelques nausées, et un peu de tendance à la constipation.

Le malade a grand besoin de se refaire. Il est très amaigri, très faible, anémié, les traits de la figure sont tirés, les yeux enfoncés sous les voûtes orbitaires.

Dans les deux cas qui se sont terminés par la mort les malades en étaient encore à la période d'état. L'accident final a été annoncé par une chute brusque de la température, chute analogue à celle qui se produit dans la fièvre typhoïde, soit après une hémorrhagie abondante, soit après une perforation intestinale. Le pouls s'accélère, devient filiforme et atteint 150 et même 160 pulsations. La dyspnée est extrême, les extrémités se cyanosent et deviennent froides. Une sueur visqueuse recouvre le visage et le corps. La température, brusquement tombée, remonte peu à peu; et, au moment de la mort, elle peut être de nouveau à un degré élevé. La température du Frère aux derniers moments duquel nous avons assisté, après être subitement tombée de 40°.6 à 38°.6, était remontée, une demi-heure avant la mort, à 39°.8.

La mort par le poumon doit, croyons-nous, être chose très rare dans le typhus. Nous avons dit que, dans la majorité des cas, on notait seulement une congestion légère. *C'est de l'état du cœur que dépend le pronostic.* Chez les deux malades que nous avons perdus, la mort est survenue par asystolie.

Il est vrai que nous avions affaire à deux sujets rhumatisants, ayant autrefois en des attaques de rhumatisme aigu; le cœur, par conséquent, avait déjà subi une première atteinte. Mais ce que nous avons dit plus haut montre combien le poison typhique touche vite et profondément le cœur. Dès les premiers jours de la maladie ne percevons-nous pas des bruits anormaux? La myocardite typhique est presque de règle.

Les altérations cadavériques du corps, après la mort par le typhus, sont extrêmement rapides et nécessitent, dans ces pays-ci où la fin du printemps est très chaude, une inhumation précoce.

Le malade, avons-nous dit plus haut, entre brusquement en convalescence, et la fin de la période d'état est annoncée par la chute brusque de la température entre le 12e et le 14e jour de la maladie. Dans les jours qui suivent, le thermomètre continue à descendre, arrive à la normale, en 48 ou 72 heures en moyenne, mais ne s'y arrête pas. Des températures très basses peuvent être atteintes 36°.6, 36°.4, 35°.5 et même 35°. Peu à peu la colonne de mercure remonte pour atteindre, en trois à quatre jours, la normale.

La convalescence est longue. Les malades reprennent leurs forces d'une façon lente, mais régulière. Ils ont, en effet, été extrêmement affaiblis par la maladie; leur amaigrissement et leur anémie sont extrêmes. Fort heureusement pour eux, l'appétit se maintient excellent. Pendant la convalescence, nous voyons persister, mais atténués, un certain nombre de phénomènes que nous avons vus, pendant la période d'état, et s'en produire de nouveau.

Les malades restent longtemps durs d'oreilles. Ils ont des bourdonnements, des sifflements. Ces troubles auditifs peuvent se remarquer même après la convalescence. Il en est de même pour ce qui concerne la vision. Les brouillards, les mouches volantes dont nous avons déjà parlé dans la période d'état, sont assez constants dans la convalescence. Mais certains d'entre eux peuvent devenir permanents.

Une Religieuse a attiré notre attention sur ce fait que chez elle, l'acuité visuelle, normale avant sa maladie, avait, depuis ce moment-là, diminué d'une façon très considérable, au point que, pour lire ou coudre, elle avait été obligée, dans les mois qui suivirent l'attaque du typhus, de se servir de verres convexes, et jamais la vision ne récupéra ses qualités primitives.

La voix, faible ou rauque pendant la période de fièvre, redevient normale dès que la température se met à baisser. Un de nos malades cependant, qui avait eu une angine assez sérieuse, avec des mucosités très abondantes qui encombraient la gorge, est resté aphone pendant toute sa convalescence, et la voix n'est revenue qu'au bout d'une trentaine de jours.

La polyurie ne se montre qu'au début de la convalescence. Mais l'intestin, pendant toute cette période, a une certaine tendance à la paresse. Il faut, par des purgatifs légers, prévenir la constipation. Signalons quelques coliques sèches, des borborygmes et des gaz d'odeur infecte rendus par l'anus, surtout le matin, mais contre lesquels le naphtol et la magnésie donnent de fort bons résultats.

Les troubles cutanés sont rares: quelques furoncles, de petits abcès. Nous avons observé chez un Chinois une très belle escarre de toute la peau de la jambe droite dont nous parlerons à propos de complications.

Nous devons également signaler une *desquamation* de la peau des mains et des pieds, constatée chez une Religieuse. La desquamation était formée de petites pellicules revêtant dans la paume de la main le caractère furfuracé ou pytiriasiforme. Quand la malade, après s'être lavé les mains, s'essuyait, elle entraînait une grande quantité de ces petits débris épidermiques qui formaient une sorte de magma.

La même desquamation, mais généralisée aux bras et au tronc, nous a été signalée par une Sœur de Charité chinoise qui avait eu le typhus deux ans plus tôt. Chez elle, au moment de la convalescence, l'épiderme s'enlevait sous forme de placards assez étendus. Cette desquamation n'a aucun rapport avec l'éruption, car les points où se sont montrées les taches rosées, ne nous ont jamais, chez les autres malades, paru desquamer; d'ailleurs, ce qui montre bien qu'il n'y a aucune analogie entre ces troubles cutanés et l'éruption, c'est que nous les voyons se produire chez une de nos malades qui n'a eu que quatre ou cinq taches rosées.

Ces troubles cutanés sont précoces et se produisent dès l'entrée en convalescence. Nous avons pu en observer un que nous pourrions qualifier de tardifs. Un Frère (3) était depuis quelque temps complétement guéri, quand la peau du talon et des orteils se mit à desquamer; et cette desquamation dura plusieurs semaines.

Presque tous nos malades se sont plaints d'éprouver pendant leur convalescence de la raideur et de la douleur dans les articulations. Ces douleurs peuvent siéger aux mains (9); mais les articulations médio-tarsiennes et celles des orteils semblent avoir été particulièrement affectées. Peut-être aussi l'attention a-t-elle été spécialement attirée de ce côté à cause des troubles ou plutôt de la gêne de la marche qui en était la conséquence. Ces accidents seraient chose fréquente dans le typhus de Pékin. Les Frères de Cha-la-eul nous ont dit, en effet, que beaucoup de leurs élèves avaient éprouvé des douleurs identiques aux leurs dans les petites articulations des pieds et des orteils.

Ces lésions articulaires ne sont pas tout. Nous devons signaler des douleurs uniquement limitées aux talons, et surtout à leur face inférieure. Elles sont un obstacle pour la marche, les convalescents faisant porter, pour ne pas souffrir, le poids du corps sur l'avant-pied. Deux de nos malades ont présenté très nettement ces accidents qui, paraît-il, toujours d'après les renseignements fournis par les Frères de Cha-la-eul, sont fréquents chez les Chinois. Dans une de nos observations nous relevons une sensation de froid aux pieds permanente.

La tête est vide, les sensations vertigineuses fréquentes et surtout marquées quand le sujet passe brusquement de la position horizontale à la verticale, ou qu'il relève soudainement la tête. Un de nos malades a gardé pendant très longtemps de la lourdeur de tête, sorte de céphalée des plus pénibles imputable uniquement à son anémie profonde.

Les sujets sont depuis longtemps en convalescence et quelques-uns même sont complétement guéris quand commence la chute des cheveux. *L'alopécie* n'est jamais totale. Les cheveux tombent d'une façon lente, et au bout d'un certain temps, on remarque un éclaircissement très notable du cuir chevelu. Les cheveux, surtout chez la femme, tombent le matin, au moment de la toilette, entraînés par le peigne ou la brosse et ceci pendant deux mois à deux mois et demi.

Il faut aux malades plus de deux mois pour récupérer totalement leurs forces primitives. C'est dire que la convalescence est longue et nécessite une surveillance sérieuse. Mais le malade peut rechuter.

Les *rechutes* du typhus, en Europe, ont été niées par MURCHISON. Nous avons pu en observer une qui a présenté une haute gravité, tant par l'intensité que par la durée des accidents.

La première attaque avait été légère, l'éruption discrète, et au bout d'une quinzaine de jours, tout rentrait dans l'ordre. Il y eut une légère convalescence, puis la fièvre s'alluma de nouveau. Cette rechute dura cinq semaines et présenta tout le cortége des phénomènes typhiques que nous avons décrits plus haut: abattement profond, température élevée, éruption caractéristique, complication cardiaque, hypertrophie de la rate, paralysie du sphincter vésical qui dura pendant huit jours, troubles visuels, intellectuels, auditifs, douleurs lombaires, musculaires et osseuses, albuminurie. Le typhus réveille le rhumatisme dont le patient avait souffert quelques années plus tôt en Australie, et les articulations du poignet, du coude et du cou de pied sont le siége d'arthrites probablement rhumatismales. Des escarres se produisent sur tous les points de pression: talons, sacrum, angle de l'omoplate. Des vers se mettent dans les escarres, gagnent même le creux axillaire qui est le siége d'érythème, et se montrent jusque dans l'angle interne de l'œil, où sont accumulées des mucosités, résultat d'une blépharo-conjonctivite. Il fut du reste facile, grâce à un mélange de poudres d'iodoforme, de talc et de quinquina de se défaire de ces parasites. Mais il ne fut pas aussi aisé de faire guérir les ulcérations dont la cicatrisation fut très longue. Le malade finit par guérir et présenta pendant sa convalescence des douleurs articulaires aux pieds et au point sensible sous le talon.

La durée de cette maladie est très variable. Si on considère la maladie comme terminée au moment où le patient entre en convalescence, nous devons lui assigner une durée moyenne de deux septénaires. Mais nous avons vu que, surtout dans les premiers temps de la convalescence, le malade pouvait être, du 17^{e} au 21^{e} jour, exposé à des accidents des plus graves, mettant sa vie en danger. À partir du 21^{e} jour, le malade est à l'abri du danger, à moins qu'une complication accidentelle, telle qu'une pneumonie, ne vienne tout à coup assombrir le pronostic. Mais lorsque ces périodes de crises sont franchies, le patient, bien que convalescent et récupérant rapidement ses forces, ne peut être considéré comme complétement guéri, puisque nous voyons, à ce moment, des douleurs articulaires, des troubles de la vue, de l'ouïe, de la phonation persister encore. Aussi, étendrons-nous la durée de la maladie, du moment de la manifestation des premiers symptômes au retour complet à la santé, soit une moyenne de 50 à 60 jours.

Comme toutes les maladies infectieuses, le typhus s'accompagne d'un certain nombre de *complications.** Les unes pourront résulter de l'exagération de l'un des symptômes: fièvre, diarrhée, délire, troubles cardiaques ou pulmonaires. D'autres qui mériteront plutôt le nom d'infections secondaires résultent du développement d'un germe pathogène, autre que celui du typhus, dans un terrain rendu particulièrement réceptif par la maladie elle-même. Dans cette catégorie, nous devons ranger une pneumonie observée chez une Religieuse. De ces infections secondaires, les unes sont précoces, c'est-à-dire qu'elles se montrent dans les premiers temps de la convalescence, ainsi les furoncles, les abcès, les adénites; d'autres sont, au contraire, beaucoup plus tardives, et dans cette série, nous placerons une gangrène de la peau de la jambe droite, une ostéo-myélite et une ostéo-périostite. Voici les trois observations.

* Travail communiqué à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 19 octobre 1895.

Gangrène cutanée de la Jambe et de la Face dorsale du Pied consécutive au Typhus.

Mou, 25 ans, pâtissier ambulant, né dans le Shansi, entré à l'hôpital le 1er mai, se plaignant de faiblesse et douleurs dans les jambes. Antécédents héréditaires: impossible de savoir; personnels: pas de maladie jusqu'à il y a un mois et demi, où il a eu le typhus, lequel a duré trois à quatre semaines. C'est un fumeur d'opium.

Il raconte qu'à la suite de la fièvre, les deux jambes ont gonflé. Il était convalescent, depuis 10 jours, quand il se mit les jambes dans l'eau froide et il ressentit de la douleur. À quelque temps de là, il remarque sur la face antéro-externe de la jambe droite une phlyctène; et peu à peu la surface de la jambe prit une teinte noir-bleu. Il ne s'en préoccupa pas momentanément, et ce n'est qu'au bout d'une dizaine de jours que, souffrant, il vint à l'hôpital.

Je n'ai pu voir le malade à ce moment, mais la Religieuse qui l'a reçu et soigné dans les jours qui suivirent, me dit que la jambe avait une teinte noir-gris, et qu'elle semblait enveloppée dans une botte qui, partant du genou, s'étendait sur les deux tiers de la face supérieure du pied. La pression n'était pas douloureuse et en tapant sur la peau il en sortait un bruit caverneux. Les mouvements imprimés au membre donnaient la sensation de ballottement de la jambe dans la coque; cette coque fut fendue aux ciseaux sur sa face antérieure trois jours après l'arrivée du malade, ce qui ne provoqua aucune douleur. Cette gaîne résistante était marron à sa coupe et ça et là présentait des stries rougeâtres. Au-dessous, une grande quantité de vers blancs d'une longueur moyenne d'un demi-centimètre.

Quant nous avons examiné le malade nous avons constaté ce qui suit. La jambe dans sa totalité et la partie dorsale du pied sont privées du tégument externe. Sur les deux tiers de la jambe l'aponévrose musculaire d'enveloppe est à nu. Ça et là restent encore quelques petits paquets de tissu cellulo-graisseux.

Les veines saphènes interne et externe se présentent sous forme de cordons et la saphène interne est oblitérée en son milieu par un thrombus long de 4½ à 5 centimètres.

Dans la partie supérieure de la jambe, la peau saine est irrégulièrement déchiquetée, rose violacée; le tissu cellulaire est détruit et il se forme surtout à la face interne du genou des clapiers, qui ont de 3 à 5 centimètres de profondeur. Un seul morceau de peau saine reste sur la région du cou de pied, irrégulièrement découpée de la dimension d'une pièce de 5 francs, d'une forme générale ovalaire à grand diamètre antéro-postérieur.

Au pied, la peau et le tissu cellulaire ont été détruits en grande partie. À la face interne l'ulcération s'arrête à 2 centimètres au-dessus du rebord plantaire. Elle décrit des sinuosités fort élégantes et une traînée ulcéreuse, filant à peu près au milieu du bord interne, descend sous la plante.

À la face externe elle s'arrête à 1 centimètre au-dessus du bord plantaire. En arrière le tiers supérieur de la peau du talon a été intéressé.

Sur la face dorsale l'ulcération décrit une courbe qui passe à 5 centimètres du pouce et 2½ centimètres du petit orteil. La peau est légèrement œdématiée, rouge, violacée et rappelle un rebord de tissu de cicatrice. Les tendons des extenseurs et les veines superficielles sont couverts par le tissu cellulaire qui n'a pas été totalement détruit.

Une ulcération qui n'intéresse pas toute l'épaisseur da la peau occupe la face dorsale du gros orteil.

Poli-adénite inguinale très douloureuse.

La pression aux divers points da la plaie est douloureuse. Les rebords de peau saine sont également très sensibles.

Impossibilité, à cause de la douleur, de placer la jambe en extension.

La sensibilité de la peau de la cuisse de la région plantaire est normale, peut-être même exagérée.

La sensibilité est exagérés au niveau des parties dénudées. L'état général du malade n'est pas bon, bien qu'il n'ait pas de fièvre et qu'il s'alimente. La figure et surtout les paupières sont bouffies, le teint est terreux.

Depuis deux jours (17 mai) le pansement phéniqué a été remplacé par un pansement boriqué, auquel il faut renoncer à cause de l'abondance des vers blancs. Les mouches vertes, qui sont légion, viennent pendant qu'on refait le pansement déposer leurs œufs sur la plaie.

La saphène interne est ulcérée à niveau du point thrombosé et la réparation n'a pas l'air de vouloir se faire.

Malgré le pansement phéniqué que le malade défait régulièrement, les petits vers pullulent et la douleur n'est qu'une sensation constante de chatouillement due au grouillement des parasites.

La gaîne aponévrotique a été dévorée; les muscles en partie rongés sont séparés par places de leurs tendons; les veines profondes externes sont à nu. Le péroné et le tibia sont par places dépourvus de périoste.

La peau, aux limites de la gangrène, se sphacèle et de vastes clapiers pleins de vers se creusent sous elle.

Bon appétit. Pas de douleur.

Dans la soirée, il se sent tout à coup plus faible et meurt vers 10½ heures.

OSTÉO-MYÉLITE TYPHIQUE GÉNÉRALISÉE.

TCHANG, 22 ans, domestique. A eu le typhus il y a trois mois (avril). Maladie grave; deux rechutes (?).

Avait déjà un peu souffert des jambes cet hiver. Les douleurs étaient limitées à la crête du tibia, et vives, au point de le gêner pour marcher.

Pendant la convalescence, les douleurs le reprennent dans les jambes, gagnent le bulbe de l'os et le gonflement se montre en haut et en bas des deux côtés. Léger œdème du pied. Il souffre des cuisses, des articulations coxo-fémorale et sacro-iliaque.

Un mois plus tard, les bras et avant-bras sont atteints. Il souffre aussi de la région lombaire et de la colonne vertébrale.

État actuel, le 1er août 1895.—Aux jambes, gonflement au niveau des malléoles et au-dessus. Pression très douloureuse, surtout au niveau des cartilages de conjugaison. Pression sur crête tibiale douloureuse. Crête droite gonflée et léger aspect en lame de sabre. Douleur aux cartilages de conjugaison supérieurs.

Aux cuisses, peu de douleur au niveau du bulbe inférieur. Très vive douleur à la pression coxo-fémorale.

Les os du pied ne sont ni déformés, ni douloureux.

Aux mains, pas de douleur, sauf à la base de l'index et à la tête du quatrième métacarpien gauches. Mais il raconte que jusqu'il y a 15 jours il souffrait des mains, qui étaient gonflées, les doigts légèrement fléchis. Il semble même qu'il en soit résulté une certaine atrophie des muscles de la main.

Aux avant-bras, douleur à la pression, surtout marquée au niveau des cartilages de conjugaison droits et gauches. Il y a un gonflement très manifeste de toute la partie supérieure des avant-bras, de forme rectangulaire, mesurant 10 centimètres de hauteur sur 7 à 8 de largeur.

La peau soulevée n'est ni rouge, ni plus chaude qu'ailleurs. Toute la partie tuméfiée est douloureuse à la pression.

Sur le milieu du cubitus et à une hauteur symétrique des deux côtés se trouve une petite tuméfaction du volume d'une grosse amande, douloureuse à la pression.

Les radius sont indemnes.

Impotence fonctionnelle de l'avant-bras. Les mouvements de flexion et surtout de pronation sont tout à fait limités.

Au coude l'épicondyle présente, à gauche, un point très douloureux.

Douleur à la pression des cartilages bulbaires supérieur et inférieur des bras.

Douleur à la pression du bulbe externe de la clavicule, surtout à droite. Idem au sternum, au niveau de l'articulation du manubrium et du corps.

Douleur à la pression de la région lombaire, rien à la pression de la colonne.

Il aurait, paraît-il, grandi de 5 à 6 centimètres.

Amaigrissement; peu d'appétit, rien au cœur ni au poumon. État anémique très marqué, bourdonnements, vertiges, pâleur des conjonctives; souffre du ventre, coliques, constipation; langue large et blanche.

Quitte l'hôpital au bout de deux jours.

Ostéo-périostite consécutive au Typhus.

Cheng, 36 ans, marchand de tabac. A eu le typhus il y a deux mois et demi. La maladie fut très grave et dura environ un mois et demi.

Pendant sa convalescence, il éprouva des douleurs aux coudes, aux épaules, aux hanches et au sacrum. Les douleurs étaient sortout marquées le matin, au réveil. Les mouvements de flexion, d'extension, de pronation de l'avant-bras étaient pénibles à droite et à gauche. La douleur était vive au point de l'empêcher de porter la main à sa figure pour se débarbouiller. Il marchait très difficilement et avait la sensation de raideur dans la colonne lombaire.

Il n'avait pas de fièvre et avait assez bon appétit. Il vient à l'hôpital le 15 octobre 1895. Il marche en traînant les pieds, le corps penché en avant, les avant-bras légèrement fléchis.

Il n'accuse pas de douleurs spontanée ou à la pression, aux pieds, aux jambes, aux cuisses, à l'articulation coxo-fémorale. L'exploration régulière du sciatique montre ce nerf indemne. Mais le patient accuse de la douleur au niveau de la crête iliaque, à droite et surtout à gauche.

La pression, même légère, de la portion antérieure de cette crête lui fait pousser des cris. La palpation et la pression de la région lombaire ne produisent pas de douleur. Il en est de même de celle du corps du sacrum. Mais sur les parties latérales de cet os, et au niveau des articulations sacro-iliaques, la pression est un peu douloureuse.

Cet homme souffre très peu quand il est assis. Allongé, et pendant la marche, il souffre et ceci à cause des tiraillements provoqués par les muscles insérés au niveau des points douloureux.

La main, le poignet, l'avant-bras sont indemnes. Les mouvements du coude ne sont pas trop pénibles. La flexion est moins douloureuse que l'extension. Les mouvements de supination sont également douloureux. La pression réveille une douleur très vive, surtout à droite au niveau de l'olécrane, et plus spécialement de sa pointe. Il y a également de la douleur au niveau de l'épicondyle.

Les mouvements de l'épaule sont assez étendus. Le bras droit peut se mouvoir lentement; quant au gauche, il ne peut exécuter le mouvement de se placer la main derrière la tête, à cause de la douleur aiguë qu'il détermine.

La pression sur la tête de l'humérus gauche est douloureuse, surtout au niveau de sa grosse tubérosité. La portion externe de la clavicule gauche est légèrement sensible.

La sensibilité est normale. Pas d'atrophie.

Le malade a peu d'appétit et vomit, paraît-il, de temps à autre.

18.—Il prend 0.50 d'iodure de potassium; et tous les jours la révulsion a été pratiquée avec la teinture d'iode sur les points douloureux. Le résultat en a été de faciliter les mouvements et de faire diminuer un peu la douleur.

Les douleurs de l'épitrochlée et des articulations sacro-iliaques persistent, des pointes de feu légères furent appliquées tous les deux jours. Après une dizaine de jours, le patient se sentit suffisamment soulagé pour demander à quitter l'hôpital.

Le typhus peut laisser d'autres traces de son passage. Au mois de septembre, nous avons vu, à la consultation de l'hôpital du Nan T'ang, un enfant de 11 ans qui, deux mois auparavant, avait eu le typhus. Il en avait gardé un foie volumineux, débordant de trois travers de doigt les fausses côtes; la rate était dure, très volumineuse, pas douloureuse à la pression. Il n'y avait pas d'ictère. Le ventre était météorisé. Pas de traces d'ascite. L'enfant n'avait pas d'appétit, était faible, amaigri et anémié. Nous n'avons malheureusement pu le décider à entrer à l'hôpital. Il y a entre ces lésions viscérales et le typhus une relation très nette.

Pour en finir avec les complications du typhus, nous parlerons de celles qui sont d'origine non infectieuse, mais plus vraisemblablement toxique; et, à cet effet, nous rapporterons le cas suivant d'atrophie musculaire, observé sur une Sœur de Charité.

Atrophie musculaire consécutive au Typhus.

Mdlle. X., Religieuse de l'ordre de Saint-Vincent de Paul, 34 ans; en Chine depuis cinq ans. A eu le typhus assez grave en 1892 (durée 25 à 30 jours).

À la fin de sa convalescence, au moment où elle allait pouvoir reprendre ses occupations, elle s'aperçoit que sa main droite est faible et inhabile. Elle laisse tomber un verre, et surtout

les petits objets qu'elle prend entre l'extrémité du pouce et celle de l'index. Cet état de faiblesse très manifeste dure un mois à peu près; elle ne peut écrire à ce moment.

Peu à peu, la force revient et elle peut tenir un objet un peu volumineux: livre, verre, loquet de porte, en opposant à la pulpe du pouce l'index fléchi sur lui-même et offrant ainsi, comme point d'appui, tout son bord externe, en même temps que ce doigt reçoit appui des trois derniers. La force revint d'une façon lente et peu à peu; la malade, tout en restant inhabile, put écrire et saisir des objets entre le pouce et l'index non fléchi.

État actuel, 31 *mai* 1895.—L'éminence thénar de la main droite est nettement atrophiée et se continue directement avec la paume de la main. Au-dessous de la peau, le muscle est à peine sensible à la palpation. La tête du premier métacarpien fait une saillie très marquée et d'autant plus accusée qu'on la compare à celle du côté opposé restée normale. Le pouce droit est plus fusiforme que le gauche. Sur la face dorsale la peau est plus directement appliquée sur l'os et la région est beaucoup plus amaigrie que celle du côté opposé.

La malade est beaucoup moins forte et cette faiblesse est très perceptible quand on lui fait serrer la main.

Sensibilité au contact, douleur, chaleur sont normales.

Pas d'atrophie des muscles de l'avant-bras.

La malade accuse encore une certaine faiblesse caractérisée surtout quand elle veut faire un effort un peu continu, ou même quand elle veut écrire ou jouer de l'harmonium.

Après un petit travail (écrire, jouer), elle a de l'ataxie de mouvements et sa plume décrit des courbes irrégulières, ou ses doigts ne tombent pas sur les touches voulues.

Dès qu'il fait un peu froid, le pouce et l'index s'engourdissent vite et se cyanosent. Ils sont alors faibles et malhabiles, et la malade a beaucoup de difficultés pour écrire, jouer, et quelquefois, n'a même pas la force de tourner le loquet de la porte.

Quelquefois, sans motif, ou d'autres fois après une fatigue légère, surviennent des crampes, surtout dans le pouce et l'index: les doigts se replient brusquement, le pouce se logeant dans la paume de la main. Ces crampes ne sont que peu ou pas douloureuses. Pour les faire cesser, la malade pratique avec l'autre main une extension énergique de ces doigts.

Dès que le jeu de l'harmonium se prolonge un peu longtemps, elle éprouve une douleur vive au niveau du poignet et des crampes douloureuses sur les trajets des extenseurs du pouce et de l'index, qui l'obligent à cesser de jouer.

Le petit doigt, en tout temps, est faible et inhabile. Il n'a pas la force de presser sur la touche de l'harmonium et tend à rester dans une légère extension des deux dernières phalanges.

Exploration faradique: les muscles de l'éminence thénar et hypothénar se contractent. Mais il y a un certain temps perdu entre le moment de l'excitation et celui de la contraction.

Le typhus de Pékin *peut récidiver*. Nous avons pu, au mois de juillet, en constater un cas chez une Religieuse âgée de 74 ans qui avait déjà été atteinte par cette maladie 30 ans auparavant. La forme en fut un peu anormale, car l'éruption ne se montra pas, ou fut si faible qu'elle ne put être constatée. La malade guérit, malgré des crises très graves aux 11e et 20e jours, et une pneumonie qui vint compliquer la convalescence. À cette observation personnelle nous en joignons une seconde, relatée par les Missionnaires: le dernier Évêque de

Pékin fut enlevé par une attaque de typhus avec complications cardiaques; or 30 ou 35 ans auparavant, il avait déjà eu le typhus.

Les appréciations portées sur le typhus au point de vue du pronostic sont des plus variables. Sans doute il est très grave chez les Chinois, et chez eux il fait de véritables ravages dans certaines épidémies. Chez les Missionnaires, la mortalité serait, paraît-il, de près de 50 pour cent. Peut-être devons-nous trouver l'explication de ce fait dans le genre de vie de ces Religieux, et surtout dans la thérapeutique suivie. Beaucoup, pour ne pas dire les neuf dixièmes, des Missionnaires sont soignés par les médecins chinois. Or la thérapeutique de nos confrères du Céleste Empire ne cadre guère avec celle que nous suivons dans les maladies infectieuses. J'ai eu l'occasion de donner mes soins à 13 typhiques; 2 sont morts, soit 15.3 pour cent.

De nos observations nous concluons, qu'au point de vue du pronostic, l'état du cœur joue un très grand rôle. Les sujets atteints du typhus, dont le cœur a subi déjà l'atteinte d'une maladie antérieure, sont beaucoup plus exposés que les autres.

Les deux malades que nous avons vus mourir n'étaient-ils pas l'un et l'autre des rhumatisants?

Nous n'avons pas à insister sur le diagnostic du typhus; nous reviendrons, dans nos conclusions sur les côtés particuliers qu'il présente et qui le distinguent de celui qui s'observe en Europe.

Le *traitement* du typhus peut se résumer ainsi: entretenir la liberté du ventre; abaisser la température; tonifier le malade.

Il n'est pas difficile de réaliser le premier point. Les typhiques en Chine ne sont pas, comme en Europe, enclins à cette constipation opiniâtre contre laquelle échouent le plus souvent les purgatifs même énergiques. Ici, au contraire, de légères doses de calomel ou de sulfate de soude entretiennent non seulement la liberté du ventre, mais produisent des effets diarrhéiques avec 15 et 20 selles dans les 24 heures. Nous donnions de préférence le calomel à la dose de 40 à 60 centigrammes, répété tous les deux jours. Dans deux cas, mais particulièrement chez un Chinois, nous avons eu de la stomatite mercurielle.

Les lavements dont nous parlerons plus loin contribuaient aussi, dans une large proportion, à assurer le fonctionnement régulier du tube digestif.

Les purgatifs sont des auxiliaires précieux de la thérapeutique. Pendant la période de début, nous avons pu, parfois, enregistrer des états de malaise: douleurs abdominales, agitation extrême, qui cessaient brusquement après une débâcle qui faisait rendre au malade en même temps qu'une quantité considérable de matières diarrhéiques, une abondante collection de scybales.

Les purgatifs n'ont pas d'effet sur la température, si ce n'est dans les premiers jours de la maladie, pendant l'invasion; à ce moment, ils peuvent ramener pendant 15 à 20 heures, à la normale, une température élevée.

Couper la fièvre, qui dure en moyenne deux septénaires, tel doit être l'objectif principal de la thérapeutique. Mais ce désidératum est d'une réalisation difficile. Nous avons eu recours à tous les antithermiques avec un égal insuccès. La quinine à doses faibles, moyennes, élevées a été donnée à toutes heures du jour et de la nuit, et le résultat négatif. Les effets

de l'antipyrine ont été identiques; ce médicament restait même, le plus souvent, inefficace contre les céphalalgies. Nous avons également eu recours à l'acide salicylique. Il semble que ce médicament vaille un peu mieux que les autres. Nous ne croyons pas que les effets légèrement antithermiques soient dus a l'action parasiticide de l'acide salicylique, mais plutôt à la sudation assez considérable qu'il peut provoquer.

En présence des résultats insignifiants obtenus par ces médicaments, nous les avons de bonne heure mis de côté. La seule méthode antithermique qui nous parut bonne fut celle des bains, ou plutôt des affusions froides. Le malade était plié dans un drap mouillé, couché sur une toile cirée, puis on l'arrosait avec de l'eau sortant du puits, à 11 ou 12 degrés, jusqu'au moment où il claquait des dents. Il était alors mis dans des couvertures sèches, et la réaction se faisait rapidement. Le patient en éprouvait un bien-être considérable.

Les affusions froides étaient faites dès que la température arrivait aux environs de 40°. Au début, les malades supportent bien ces affusions, mais bientôt, elles leur sont pénibles, et il faut même les cesser chez certains d'entre eux. Chez ceux-là, nous donnions des lavements froids phéniqués, lesquels, en même temps qu'ils assuraient le libre fonctionnement du gros intestin, en faisaient l'antisepsie. Chez certains malades, nous notons quelquefois, après le lavement ou l'affusion, une légère baisse de la température, qui même a pu tomber de huit dixièmes de degré. Dans tous les cas, le patient pouvait, dans les heures qui suivaient, goûter une sorte de bien-être, de repos bienfaisant. Si cette médication n'assure pas d'une façon suffisante l'abaissement de la température, elle a au moins l'avantage de faire fonctionner la peau et surtout le rein. La quantité d'urine, sous cette influence, augmente d'une façon très notable, et partant la quantité des toxines éliminées par cette voie est d'autant plus considérable.

La transpiration abondante peut parfois produire un léger abaissement de la température. Nous avons souvent employé le gingembre en infusion, et suivant la méthode chinoise. La quantité de sueur produite était considérable; mais nous avions généralement moins en vue de faire baisser la température, que de parer momentanément à une sécheresse vraiment extrême de la peau. Après la sudation, elle récupérait la souplesse et les malades s'en trouvaient très bien.

Le malade pendant toute sa maladie peut s'alimenter facilement; c'est là un point important et avantageux. Nous donnions l'alcool sous forme de Porto, champagne, sirop de punch et les patients en supportaient fort bien de grandes quantités. La seule drogue que nous ayons employée était l'extrait mou de quinquina. Quant au régime alimentaire, il consistait dans du lait, du bouillon, des jaunes d'œufs et du jus de viande, en quantité aussi considérable que le sujet pouvait en absorber.

Mais il ne s'agit pas seulement de tonifier l'organisme en général. Il y a certains organes qui ont particulièrement besoin de soins, et au premier rang se trouve le cœur. Nous avons vu plus haut que très vite le cœur était touché par la maladie. Le myocarde est atteint, et il est à craindre que le viscère ne soit trop épuisé. Aussi dès que le pouls petit, dicrote, dépassait 125 ou 130 pulsations par minute, donnions-nous un peu de teinture de digitale. Le pouls restait rapide, mais sa tension était plus forte.

Il ne faut pas un seul instant laisser défaillir le pouls. Dans les cas terminés par la mort, le cœur a brusquement été sidéré par le poison typhique; les phénomènes asystoliques ont été prompts, et il nous a été impossible, même avec des injections de caféine, de faire récupérer

sa force à l'organe. Il était trop tard; le cœur était trop bas pour espérer pouvoir le remonter, même avec les toniques les plus énergiques.

L'antisepsie intestinale, bien que moins nécessaire que dans la fièvre typhoïde, nous paraît bonne. Le calomel et les lavements la réalisent en grande partie. Mais nous croyons utile d'y joindre le salol, ou bien le naphtol et la magnésie calcinée, qui surtout pendant la convalescence préviennent ces fermentations qui se manifestent extérieurement par des gaz d'odeur infecte.

Dès que les malades se sentent assez de force pour se tenir sur leurs jambes, nous leur faisons quitter la chambre, et rester dehors bien couverts, estimant que l'effet du grand air sera beaucoup plus efficace et rapide que celui des médicaments.

L'antisepsie intestinale, par le calomel et les lavements, les antithermiques et les toniques, nous a, croyons-nous, rendu de très grands services dans le traitement du typhus de Pékin, et peut-être est-ce à cette thérapeutique que nous devons d'avoir vu tomber le taux de la mortalité, de 50 à 15 pour cent.

Tels sont les traits rapidement esquissés du typhus auquel peuvent être exposés les Européens habitant le nord de la Chine et la capitale du Céleste Empire. Il a beaucoup d'analogies avec celui qu'on observe en Europe. Mais il s'en distingue par un certain nombre de points sur lesquels nous allons insister en terminant.

L'incubation est fort courte et dans plusieurs cas elle n'a pas dépassé 24 heures. Or, en Europe, cette période est fixée à une douzaine de jours, en moyenne. La période prodromique ne dure guère plus de deux à cinq jours.

La période d'état, en Chine, comme en Europe, est d'une durée sensiblement la même, la température atteint le même degré, et les rémissions y sont nulles.

Mais l'éruption se fait d'une façon très irrégulière par poussées successives; elle dure, en moyenne, une semaine. C'est dire qu'elle disparaît au moment où en Europe elle commence à revêtir le cachet pétéchial. Ici, les taches ont beaucoup plus d'analogies avec celles de la fièvre typhoïde qu'avec celles du typhus d'Occident. Elles ne revêtent pas le caractère ecchymotique, ne forment point de larges placards violacés marbrant la peau; toujours elles disparaissent sous la pression du doigt; et, dans deux cas seulement, dont un cas à rechutes, certaines taches ont présenté à leur centre de petits points en piqûre de puce.

L'éruption n'est pas suivie de desquamation. Quant à la desquamation qu'on peut observer au moment de la convalescence, nous en avons suffisamment parlé plus haut, pour nous dispenser d'y revenir ici.

Un des caractères importants du typhus d'Europe est la constipation opiniâtre. Rien n'est plus facile que d'entretenir à Pékin la liberté du ventre, et de légers purgatifs, comme le calomel, provoquent jusqu'à 20 et 25 selles diarrhéiques dans les 24 heures.

Le typhus de Pékin est bien nettement une maladie à crises. Le malade passe brusquement d'un état grave à une amélioration considérable, et cette transition est toujours indiquée par une chute de la température de 1½ à 2 degrés entre le 12e et le 14e jour. Le degré normal est atteint dans les jours suivants; mais la défervescence se fait par chutes quotidiennes très grandes.

Les malades n'ont pas toujours ce facies hébété avec la figure congestionnée, les yeux injectés et larmoyants qui est si typique dans le typhus d'Occident. La langue se rôtit tard;

malgré la température élevée, les lèvres et les dents ne sont qu'à la longue enduites de fuliginosités. Tandis qu'en Europe on peut souvent juger de la gravité d'une atteinte d'après le facies du patient, ici nous n'avons pu établir aucune corrélation.

Il en est de même pour l'odeur, laquelle est, paraît-il, d'autant plus forte que l'attaque est plus sérieuse. Nous avons du reste déjà dit que l'odeur du typhique, en Chine, n'avait rien de très pathognomonique.

Les malades dorment souvent mal; mais on ne peut faire de l'insomnie un signe important.

Le typhus en Chine ne terrasse pas le malade comme il le fait en Europe; sans doute, au bout de 8 à 10 jours de fièvre, ils sont très prostrés, parfois en stupeur profonde, mais quelques-uns peuvent, cependant, garder assez de forces pour se lever et aller seuls à la selle.

Le typhus a ici une prédilection très marquée pour le cœur. Cet organe est en effet un des premiers atteints, et d'une façon très sérieuse. En revanche, le poumon est à peu près indemne; ou, dans tous les cas, les accidents qu'il peut présenter sont insignifiants.

Le foie semble ne pas être touché par le typhus. Quant à la rate, rarement elle présente une hypertrophie notable. Ce n'est qu'assez tardivement que l'on peut constater son augmentation de volume. Le plus souvent elle n'est pas ou peu sensible à la pression.

L'albuminurie n'a été constatée que 3 fois sur 13 cas que nous avons suivis, soit 23 pour cent. MURCHISON, au contraire, l'a rencontrée chez 70 pour cent des malades.

Les troubles oculaires du typhus de Chine sont intéressants à signaler, surtout quand ils se manifestent sous la forme d'une diminution permanente de l'acuité visuelle.

La chute des cheveux, les douleurs musculaires et articulaires, observées ici seraient plutôt l'apanage de la fièvre typhoïde en Europe.

Enfin, il peut y avoir des rechutes de typhus. Nous en avons constaté une. Le typhus peut également récidiver.

La mort, en Europe, survient, d'après MURCHISON, après le 14e jour. Ici, elle s'est produite plus tôt, aux environs du 10e jour.

Tels sont les caractères qui distinguent le typhus de Pékin et du nord de la Chine de celui de l'Europe.

OBSERVATION I.

Frère JOSEPH, âgé de 23 ans, né à Étable (Savoie); en Chine depuis 1891, de la Mission de Pékin.

Début vendredi 29 mars par un peu de malaise.

30.—Dans la soirée, tête lourde; céphalalgie gravative; ni courbature, ni fièvre. Légère inappétence. Il dort assez bien; moins bien pourtant que d'habitude.

31.—Au réveil, bouche amère; malaise toute la journée; sensation de fatigue; jambes cassées; toujours mal de tête. Vers 4 heures, frissons; ne claque pas des dents. Il essaie pourtant de faire, de 1 heure à 4 heures, une petite promenade, mais la marche est pénible, tant la courbature est marquée. Il a mangé un peu à midi; le soir, n'absorbe qu'un potage et se couche de bonne heure. La nuit assez bonne.

OBSERVATION I.

Lundi, 1er avril.—Malaise accru; reste au lit. Purgatif (citrate de magnésie), qui fait de l'effet: 10 à 12 selles dans la journée. Le malaise persiste dans la matinée. Se lève vers 11 heures, essaye de manger un peu à midi; pas d'appétit. Se recouche dans l'après-midi, tant le malaise est grand. Vers 4 heures, température 40°; frissons et difficulté à se réchauffer; couvertures, bouillotte; infusion de gingembre amène sudation abondante et un abaissement de température: 38°.2. La nuit fut bonne.

2.—Purgatif, mal de tête très violent; lourdeur et vertige; température 39°.9. Pas de vomissements; pas de nausées. Inappétence absolue; bouillon, lait, en quantité légère; quinine 0.75.

3.—C'est la première fois que je vois le malade. Langue blanche, bouche amère; mal de tête gravatif; vertiges qui nécessitent l'appui de quelqu'un quand il se lève pour aller à la selle. Pas de bourdonnements d'oreilles. Courbature générale, surtout lombaire et dans les membres inférieurs. Le moindre mouvement imprimé au lit est douloureux et le fait crier. Les articulations ne sont pas gonflées. Température 39°.7. Les yeux sont rouges, larmoyants; photophobie légère. Très enchifrené, quelques fuliginosités sur les lèvres, mucosités rougeâtres quand il se mouche. Auscultation et percussion de poitrine, négatives.

Cœur: négatif. Pouls fort et rapide: 110.

Prend 0.75 antipyrine et 0.50 quinine. L'antipyrine calme un peu le mal de tête. L'effet de la quinine est nul. Température 39°.9. Dans l'après-midi, une éruption commence à se montrer, d'abord sur les parties découvertes: mains, avant-bras, puis bras et poitrine. La nuit est mauvaise, très agitée; il ne dort pas. Pas de délire; toute la nuit la température se maintient à 39°.8, 39°.9.

4.—Purgatif léger tous les matins. Ce matin, il est assez calme. Les selles sont jaune-brun, liquides, très peu de matière. Depuis le début, 10 à 12 selles par jour, et autant la nuit. Abattement assez fort, il est surtout marqué pendant l'acmé fébrile. Dès que la température tombe un peu, vers le matin, le malade se plaint, accuse lourdeur de tête, courbature douloureuse; les jambes sont brisées; légère épistaxis. Pas de vomissements.

Dans l'après-midi, la fièvre atteignant 40°, le malade est plié dans un drap mouillé et épongé avec de l'eau à 16 degrés. La lotion n'est pas faite sur les pieds. La réaction commence dès que le malade est placé dans une couverture, et il se plaint de froid aux pieds. Dans la soirée, deux nouvelles séances de réfrigération; cette fois-ci, les pieds eux aussi sont lotionnés et le malade n'y accuse plus de froid. L'effet de l'eau froide est d'abaisser momentanément la température de $\frac{8}{10}$ à 1°. Le malade éprouve du bien-être; la quantité d'urine augmente et il pisse beaucoup dès que la réaction est faite.

Nuit agitée; un peu de bouillon et lait; ni quinine, ni antipyrine.

5.—Langue pas très blanche, un peu tremblotante; l'œil est légèrement injecté; un peu de photophobie; pouls bien marqué, mais rapide: 124. Légers soubresauts tendineux. La peau est très chaude et sèche. La figure très rouge, et la congestion est surtout marquée sur la pommette droite. Température 40°. Intelligence lucide, répond bien aux questions qu'on lui pose. Un peu d'angine et légère dysphagie; la gorge est rouge, luisante, la luette est œdématiée.

Se plaint de point douloureux et de constriction légère sur la région cardiaque, et de point de côté à droite, se plaint de douleurs articulaires et dans les mollets.

Une éruption très confluente couvre la poitrine, le ventre, les membres inférieurs et supérieurs, le dos et les mains; ne dépasse pas la clavicule. Très confluente sur la région dorsale du bras et avant-bras; le dos de la main; quelques taches dans la paume de la main. Cette éruption ne provoque pas de démangeaison et est survenue sans abaisser la température. Elle s'est faite en trois jours.

Ce sont des macules rouges, disparaissant sous la pression du doigt. Leur teinte est rose, un peu rouge, et rappelle la couleur de celle de la rougeole. Leur dimension varie d'une tête d'épingle à une petite lentille. Leur forme est irrégulière; la grande majorité est ronde ou ovalaire; quelques-unes sont comme dentelées, un peu en croissant; autour de la macule une petite zône rosée. Dans certains points, ces macules sont très confluentes (bras et avant-bras), elles se fusionnent, leur teinte paraît plus rouge et rappelle le rash rubéolique.

Celles qui occupent la paume de la main, au nombre de 8 à 15 par main, sont régulières, rosées comme les taches de la typhoïde et de la dimension d'une petite lentille.

Aux jambes et aux cuisses, elles sont moins abondantes, visibles surtout à la partie interne des cuisses.

Dans le dos, elles sont assez abondantes, surtout au niveau des omoplates.

Examen des organes: le cœur bat fort, les bruits sont bien marqués. Poumon: percussion: légère submatité en bas et en arrière, surtout à droite; six ventouses sèches; quelques crachats blancs et un peu gommeux. Abdomen: palpation non douloureuse; pas de gargouillement dans les fosses iliaques.

La pression de la rate n'est pas douloureuse; l'organe non augmenté de volume.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Les articulations ne sont ni rouges ni gonflées.

Très difficile de savoir la quantité d'urine rendue; le malade urine chaque fois qu'il va à selle; l'urine laisse déposer une très grande quantité de sels uratiques.

Un peu d'albumine, 0.40 à 0.50 par litre. Température 40°.1. Quatre lotions dans la journée et la nuit.

6.—Matinée assez calme; de 3 à 4 heures du soir, un peu d'agitation; à 4 heures, température 39°.8. La première réfrigération a été faite à 1 heure après-midi: peu d'effet; deuxième, à 4½ heures. Le calme revient; chute du thermomètre $\frac{8}{10}°$ pendant une heure et demie et deux heures. Le malade repose alors et se sent bien; sept à huit selles dans la journée, odeur très fétide; sept à huit selles pendant la nuit, très peu abondantes chaque fois; pas de douleur; faiblesse et vertiges du malade, l'obligeant à être soutenu par un ou deux aides quand il se lève; se plaint toujours de la tête et fatigue générale.

Deux bains pendant la nuit; agitation, léger délire, sommeil pénible. Température de la nuit prise toutes les deux heures: 39°.5. Un peu de dyspnée pharyngée.

7.—Prostration très marquée, ce matin. Céphalalgie toujours très vive, délire léger. L'éruption est très confluente, surtout aux parties découvertes. La poitrine a une teinte généralement rosée où les macules font un piqueté plus foncé. Sur l'avant-bras, bras et dos de la main, les macules fusionnées forment de larges placards rouge foncé, presque le rash

scarlatiniforme, qui provoquent une démangeaison que calment les lotions froides. L'éruption de la paume de la main est très apparente; paume mouchetée. L'éruption disparaît momentanément sous la pression du doigt, mais les macules se sont acuminées; aspect papuleux. Injection conjonctivale et photophobie. La figure est rouge, congestionnée, les pommettes brûlantes; les oreilles sont froides; pas de fuliginosités sur les lèvres; légères vésicules d'herpès; température 39°.6.

Légère épistaxis. Pouls rapide et faible: 136. Cœur fœtal, mais bruits assez nets; soubresauts tendineux et petites contractions fibrillaires des muscles. Spasme musculaire des jambes et des mains. Respiration gênée et rapide: 32. Poitrine: légère matité; en arrière râles de congestion pulmonaire; quatre ventouses sèches à droite. Gorge rouge; luette œdématiée.

Palpation de l'abdomen non douloureuse; pas de gargouillement; foie et rate normaux.

Un peu d'albumine.

Les selles sont liquides, ou plutôt semi-liquides, fétides, brun foncé, rappelant, comme couleur et consistance, une crême au chocolat épaisse. Soirée pénible, agitée. Température 39°.8. À 4 heures, bain suivi de calme; abaissement de $\frac{9}{10}$°. À 11 heures, nouveau bain: peu de résultat; à 2 heures, un autre: bon effet; le reste de la nuit est très calme, mais la température, momentanément abaissée, remonte à 39°.4.

Alimentation: bouillon, lait, vin de Porto.

8.—Purgatif à 7 heures du matin (limonade Rogé). Journée calme; somnolence; température 39°.4; plusieurs selles dans la journée, une seule dans la nuit. Comme il n'était que peu allé dans la nuit, nouveau purgatif léger à 4 heures du matin.

Toute la nuit délire; rêve à haute voix, pendant sa somnolence de la journée. Il se figure que deux à trois personnes sont avec lui dans son lit. Il voit une foule de personnes autour de son lit. Très affaibli; pas de lotion aujourd'hui.

9.—Abattement, somnolence, soubresauts tendineux et contractions musculaires. Quand nous l'examinons à 10 heures: langue blanche et chargée; bouche un peu amère. Vésicules d'herpès sur les lèvres; pas de fuliginosités; figure peu congestionnée; urines riches; oreilles froides; photophobie. Légère obnubilation des idées. Torpeur intellectuelle dont on le fait sortir assez bien, en parlant d'un ton impératif.

Éruption cutanée beaucoup moins marquée. La coloration rouge vif a diminué. Les taches sont encore bien marquées au ventre où elles ont l'aspect papuleux. Ne disparaissent pas complétement sous la pression du doigt. L'aréole rosée qui entourait la macule au début de l'éruption a disparu. Aux bras, avant-bras et dos de la main l'éruption confluente à aspect rashiforme a disparu. Il ne reste plus que de petites papules. Les taches qui siégeaient dans la paume de la main ont disparu. Aux cuisses et aux jambes, l'éruption a presque totalement disparu. Le pouls est faible, rapide: 140; léger dicrotisme.

Cœur fœtal: premier bruit sourd, deuxième plus éclatant, surtout à l'artère pulmonaire.

Abdomen: pas de douleur à la pression, pas de gargouillement; une selle, dans la matinée, moins noire qu'hier; marron.

La rate non douloureuse est légèrement augmentée de volume.

Poitrine : matité en arrière, surtout à droite ; congestion des deux bases, droite surtout, et plus marquée qu'avant-hier. Infusion de digitale. Gorge rouge ; un peu de gêne respiratoire.

Légère épistaxis.

Le malade reste depuis cinq jours découvert, ou couvert seulement du simple drap. Les autres malades font de même, alors qu'au début, même avec 40°, ils grelottaient la fièvre et demandaient couvertures et bouillotte.

10.—Somnolent ; pousse des cris inarticulés toute la journée ; sorte de gémissements ; s'agite dans son lit, se découvre, soubresauts tendineux et contractions musculaires. Pas de vomissements ; un peu de sang quand il se mouche.

Selles régulières : six à sept dans la journée et autant dans la nuit, sont jaunes, liquides et sentent moins mauvais. A fait sous lui deux fois dans la nuit.

Le malade est très abattu ; il a un peu de dyspnée ; très altéré.

11.—Il a dû délire dès le matin ; ce délire va augmentant jusqu'à 2 heures après-midi.

Il s'agite beaucoup, se découvre, chante, prononce des paroles sans suite. L'éruption qui depuis hier a commencé à disparaître est très peu marquée maintenant.

Vers 2 heures, il s'est tout à coup senti plus faible et a eu le sentiment de mort imminente. Cet état de défaillance a duré jusqu'à 4 heures, puis il s'est senti mieux. Le délire a fait place à des idées nettes ; il a reconnu les personnes qui l'entouraient et a pu s'entretenir avec elles. Il est resté de 2 à 4 heures claquant des dents, sans bouger, les extrémités froides, le pouls imperceptible.

Après 4 heures, il a commencé à reposer. À 5 heures la fièvre est tombée à 38°, mais est remontée dans la soirée ; il eut à ce moment-là encore un peu de délire. La nuit fut calme, la respiration régulière, et il prit toutes les deux heures : lait, bouillon, soupe, vin.

12.—Quand je vois le malade à 9½ heures du matin, il est très abattu, somnolent et il faut parler un peu fort pour le tirer de sa torpeur. Les premières réponses manquent un peu de précision ; mais bientôt il nous donne des réponses nettes. La respiration est calme ; le pouls petit et filiforme : 120 ; la langue est très sèche, mais pas rôtie, tremblotante. La température est tombée : 38°.5. Il se sent très affaibli, ne souffre pas, et éprouve un besoin intense de sommeil. Les narines contiennent un peu de sang. Le malade a eu une légère épistaxis.

Pas de fuliginosités sur les lèvres. L'injection oculaire a disparu presque complétement ; plus de photophobie.

La figure est fatiguée ; les traits tirés ; congestion de la pommette droite. Oreilles froides. Les gencives sont gonflées et un peu douloureuses. Les pupilles sont très dilatées ; un peu de dyspnée. La gorge est douloureuse, sèche. Malade très altéré.

La peau est chaude et sèche. L'éruption a presque totalement disparu sur les parties exposées à l'air : poitrine, mains, avant-bras et bras. Il ne reste plus qu'un petit pointillé rose pâle, ça et là quelques taches rosées encore bien nettes.

Palpation abdominale non douloureuse ; pas de gargouillement.

Foie normal ; rate augmentée de volume et un tout petit peu sensible à la pression.

Poitrine : légère submatité en bas, à droite et en arrière ; quelques râles de congestion.

Le cœur est très rapide ; les bruits sont sourds, sauf le deuxième bruit à l'artère pulmonaire qui est toujours éclatant. Dédoublement du deuxième bruit assez intermittent.

Prescription: lait, bouillon, vin de Porto, potion à l'extrait de quinquina. Lavement phéniqué (eau 200 gr., acide phénique 0.15); acide salicylique 1 gramme, en deux cachets; 0.50 de poudre de digitale en infusion.

Calme dans l'après-midi; la congestion de la face disparaît.

Légère transpiration; vers 9 heures du soir, le thermomètre remonte à 39°; un peu d'agitation; trois à quatre selles dans la nuit; elles ont un peu de consistance et sentent moins mauvais que les jours précédents.

13.—Ce matin il se sent très faible, besoin intense de sommeil, la figure est pâle, les traits tirés, les yeux excavés.

La peau est chaude, mais un peu moite. Température 38°.6.

La langue est sèche, un peu rôtie dans sa partie médiane; les bords sont humides et souples.

Le pouls est plus calme et assez fort: 120. Plus de soubresauts tendineux.

L'éruption a presque complétement disparu, si ce n'est dans le dos où se voient encore quelques taches rosées.

La palpation abdominale n'est pas douloureuse; pas de gargouillement; la rate est augmentée de volume: D.T., 12; D.V., $7\frac{1}{2}$.

Un peu de congestion pulmonaire, à droite et en arrière.

Les bruits du cœur sont plus distincts; le cœur n'a plus le caractère fœtal. Urine claire, pas d'albumine; les jours précédents, grande quantité de dépôts uratiques.

Appétit assez vif. Digitale 0.50; acide salicylique 1 gr.; deux lavements phéniqués; lait et jaunes d'œufs, bouillon, vin de Porto.

14.—Très calme, dort nuit et jour; il faut le réveiller pour lui faire prendre quelque chose.

Dans l'après-midi, on essaye de lui faire manger un petit biscuit trempé dans le vin; presque aussitôt, il s'est mis à transpirer d'une façon énorme, les couvertures sont presque traversées; ainsi, jusqu'à 3 heures du matin; cette sueur abondante le rend très faible.

15.—Abattu, figure tirée; langue un peu sèche et noire (dort la bouche ouverte, les narines sont obstruées); la peau est moite et le cou couvert de sudamina.

Pouls 88; bruit de la base très dédoublé. Légère bronchite à droite; expectoration blanche et aérée.

La dilatation pupillaire a cessé.

Il peut aller seul à la selle, se sent faible, mais n'a plus de vertige. Les selles sont moins nombreuses (six à huit pendant 24 heures), jaunes et un peu moulées.

16.—Dans l'après-midi et dans la nuit a beaucoup transpiré, au point qu'il faut changer la literie. Il ne souffre pas, se sent faible et de l'appétit. Il a beaucoup mieux sa tête; le besoin de sommeil a diminué; il peut recevoir des visites et causer; la température descend, elle est au-dessous de la normale.

17.—Se sent faible. Pouls 100; le cœur est bon, plus de bruit de galop. La langue est humide et blanche. La bronchite a presque complétement disparu; légère expectoration blanchâtre; les selles sont plus rares, deux à trois par 24 heures et moulées.

Transpire encore beaucoup dans l'après-midi; ces sueurs ont un caractère particulier; elles sont fétides, cadavériques.

18.—Dans l'après-midi, il se lève pendant un quart d'heure. Le pouls est petit, régulier: 84.

Persistance du bruit de galop de l'artère pulmonaire; grand appétit. Température 36°.5.

19.—Il se lève pendant une heure, marche et sort un peu devant la porte. Se sent très faible, a très bon appétit.

20 à 23.—Il ne souffre point, mais se sent faible. Il se lève une heure par jour, mais se recouche très fatigué. Température reste basse: 36°.6. La quantité d'urine a notablement augmenté depuis trois jours; environ 2 litres par 24 heures.

Le dédoublement du deuxième bruit est intermittent et peu marqué quand il existe.

A fort appétit.

24 à 28.—Même état, mais plus fort; appétit toujours considérable. Commence à manger un peu de blanc de volaille et du pain; légère ascension du thermomètre depuis ce moment.

28.—Va de mieux en mieux; sort, marche; un peu de fatigue; reste debout toute la journée; très bon appétit; somme toute, guéri.

30.—Sort dans la cour, se promène sans fatigue. Encore un peu pâle; mange très bien et sent ses forces revenir.

Du 1er au 7 mai.—Depuis son entrée en convalescence, il éprouve tous les matins des coliques sèches, suivies et calmées par l'émission de gaz très fétides. La journée et très bonne.

L'ouïe, un peu dure à l'entrée en convalescence, est maintenant normale.

La vue est trouble, moins pourtant qu'au début de la convalescence. Il a comme un brouillard devant les yeux. Le cœur, tant que le malade est couché, le matin, au réveil par exemple, est calme: 70 à 80. Dès qu'il se lève, il s'accélère 115 et après le repas ou un effort, 125 à 130. Douleur à la région précordiale. Il sent battre son cœur.

Le cœur est normal, mais le premier bruit est très éclatant: 10 centigrammes de caféine par jour.

Observation II.

Frère Victorius, né à Yssingeaux (Haute-Loire), âgé de 20 ans; en Chine depuis 1893, de la Mission de Cha-la-eul.

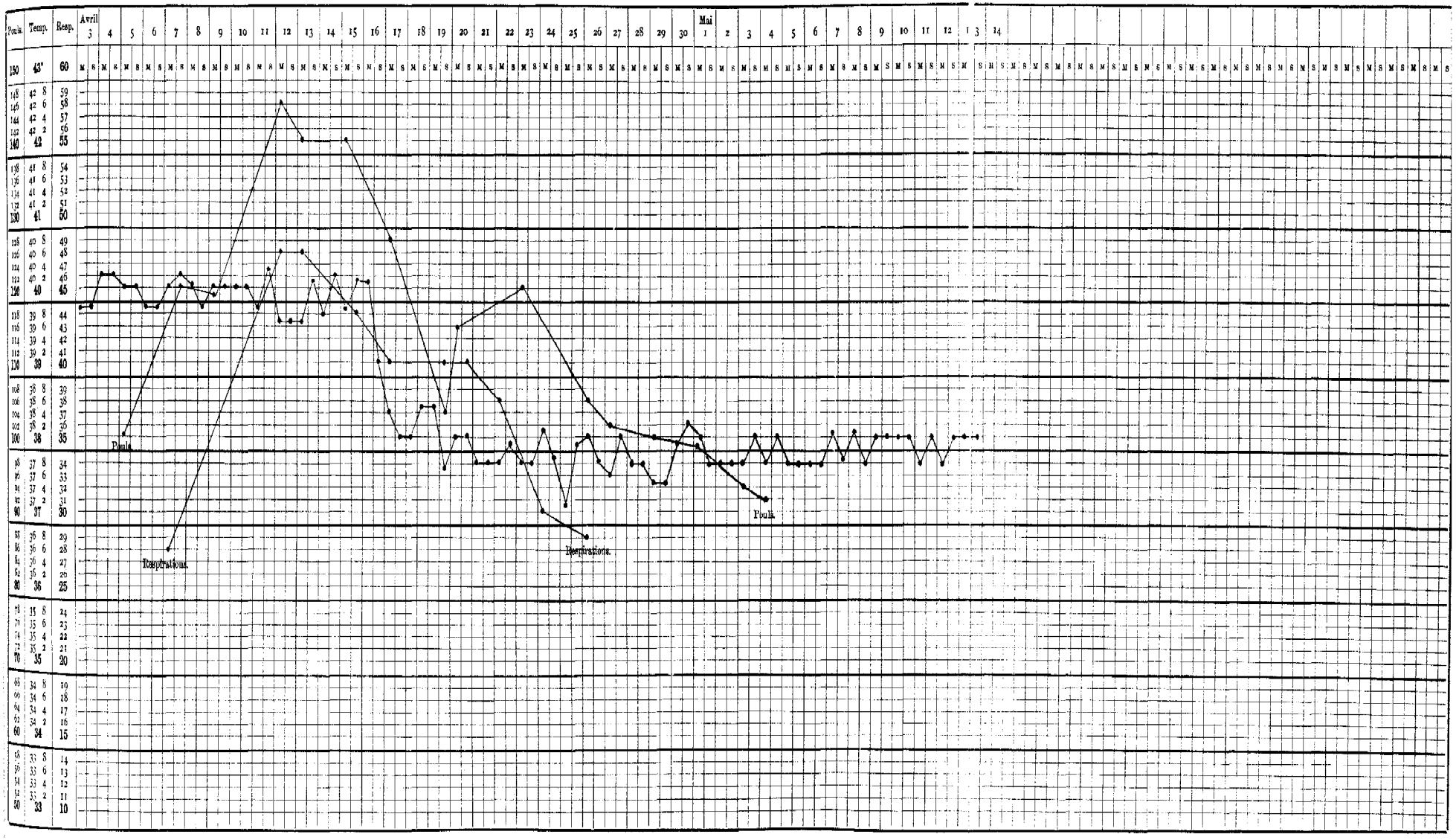
Début, 1er avril 1895. Après 4 heures, il éprouve de la faiblesse dans les jambes et un malaise général; courbature, comme s'il avait beaucoup marché; nuit bonne.

2.—Bouche pâteuse, langue blanche. Dans l'après-midi, mal de tête; la faiblesse et la courbature augmentent; inappétence. Dans la soirée, mal de tête très violent, surtout frontal. Nuit pas très bonne, agitée.

3.—Au lever, purgatif salin qui fait de l'effet et amène soulagement momentané. Mal de tête et fièvre dans l'après-midi: 38°.9. Nausées; bouche pâteuse. Les jambes étaient un peu cassées, mais pas de douleur dans les reins et bras. Nuit mauvaise.

4.—Purgatif salin. Se plaint de point de côté à droite. Fièvre dans l'après-midi: 40°, 1 à 4 heures. La fièvre atteint son maximum à 9 heures et à 4 heures. Mal de tête très vif. Garde le lit depuis hier soir. Point de côté se calme dans la soirée. La vue est un peu trouble, légère photophobie; un peu de vertige quand il s'assied sur son lit. Nuit agitée et mal de tête violent.

OBSERVATION II.



5.—Quand je le vois, à 10½ heures du matin, la langue est blanche, pas tremblotante; la peau est chaude, un peu moite; la figure est rouge, les pommettes un peu congestionnées; quelques fuliginosités; œil un peu injecté, larmoyant; légère photophobie. Le pouls est fort, bien frappé, un peu rapide: 100. Dans la fosse iliaque droite, on note deux taches rosées; pas d'autre trace d'éruption.

Palpation abdominale, pas de douleur à la pression; pas de gargouillement. La rate et le foie ne sont ni douloureux à la pression, ni augmentés de volume.

Auscultation du cœur: temps bien frappés.

Poitrine: sonorité normale, quelques sibilances.

L'état général est bon; le malade se plaint surtout de céphalalgie; légère photophobie. Inappétence. Les aliments paraissent tous fades. Le malade prend du lait, bouillon, vin de Porto.

6.—Journée très pénible; nausées et vomissements. Bain à 1 heure. Peu de soulagement. Thermomètre reste élevé et oscille entre 39°.9 et 40°. À 4 heures nouveau bain qui produit calme. Nuit assez bonne; température dans la nuit oscille entre 39°.7 et 39°.8.

L'éruption commence à paraître, très discrète: poitrine, bras, avant-bras, ventre, mains.

Le malade n'est pas très abattu. Peut se lever seul pour aller à selle. Épistaxis assez abondante dans la soirée; une autre dans la nuit.

7.—Céphalalgie intense, surtout frontale, gravative, à exacerbations. Nausées; pas de vomissements.

Langue blanche, lèvres non fuligineuses, herpès (quelques vésicules). Conjonctive très injectée; photophobie intense. Par moment, bourdonnements d'oreilles. Pouls bien frappé: 120. Quelques soubresauts tendineux. Respiration assez calme: 28. Bruits du cœur nettement frappés; deuxième bruit à l'orifice pulmonaire est particulièrement éclatant. Se plaint, dans la matinée, d'un léger point de côté, dans la région précordiale, qui dure deux heures à peu près.

Poumon: percussion normale, un peu de diminution de sonorité à la base droite. Congestion pulmonaire légère, en bas et en arrière, surtout à droite. Crachats un peu gommeux, mais très rares.

Abdomen: palpation non douloureuse; gargouillement à gauche; foie normal; rate non douloureuse à la pression, semble un peu augmentée de volume. Légère épistaxis dans la matinée.

État général assez satisfaisant; le malade se plaint de la gorge; dysphagie et légère dyspnée; la gorge est rouge, luisante; la luette œdématiée, les amygdales un peu gonflées.

Éruption, encore discrète, est constatée sur le tronc, le ventre, un peu sur les cuisses, les bras, avant-bras, dos de la main. Les taches sont rose pâle, de la dimension d'une petite lentille; ce sont des macules qui disparaissent sous la pression du doigt. Elles disparaissent pendant une heure à une heure et demie, à la suite de la réfrigération. L'éruption du tronc s'arrête à la naissance du cou. Dans la paume de la main les taches rosées sont assez abondantes, très régulières et plus colorées que celles des autres parties du corps. Elles ne provoquent pas de démangeaison et leur éruption n'amène aucune modification dans la courbe thermique.

Les selles sont nombreuses: 8 à 10 dans la journée, et autant pendant la nuit; elles sont peu abondantes, liquides, jaune foncé et très fétides. Régime: lait, bouillon, vin de Porto, 0.75

de quinine; quatre affusions froides dans les 24 heures. Le malade est couché sur une table recouverte d'une toile cirée, et plié dans un linge mouillé. Puis de l'eau, avec une éponge, est répandue sur le drap pendant 10 à 12 minutes, jusqu'à claquement de dents, et que le malade dise lui-même "assez!"

L'eau est employée au sortir du puits à 13°; plus elle est froide, et plus elle est appréciée du malade.

Les idées sont nettes et le malade répond avec précision aux questions que nous lui posons.

À 4 heures, température 40°, bain suivi de calme. Nuit bonne; température 38°.9. Selles fréquentes, mais peu abondantes. Prescription: calomel 0.60 et quinine 0.75; vin, lait, bouillon.

8.—À 7 heures du matin, température 40°; abattu, somnolent toute la journée; il rêvasse à demi-voix. Il lui semble qu'il y a beaucoup de monde autour de lui et que deux à trois personnes sont avec lui dans son lit.

Une seule affusion dans la soirée. Les lotions, qu'il réclamait autrefois, lui provoquent maintenant une certaine appréhension. Pendant le bain, il se raidit, les jambes se contractent, la cambrure rénale s'accentue.

Toute la nuit, température 40°; pas de bain pendant la nuit. Selles nombreuses et assez abondantes, non douloureuses. Il reste calme, malgré la fièvre. Alimentation: potages au lait toutes les deux heures.

9.—Se trouve affaibli ce matin, mais a toutes ses idées. Épistaxis abondante débute à 7½ heures et dure une heure environ. Il perd à peu près 200 gr. de sang. Cette épistaxis l'affaiblit peu; résultat: baisse de température qui de 40° tombe à 38°.6. Langue bonne, lèvres non fuligineuses, pas d'herpès; figure peu congestionnée, chaude, oreilles froides.

L'éruption a envahi le cou et gagné la face, où elle est très visible sur le front; les macules se sont fusionnées par places et font des placards rouge vif, qui forment un relief plus sensible à l'œil qu'au doigt.

Éruption bien marquée, surtout: poitrine, abdomen, cou, omoplate; peu sur les bras, avant-bras, cuisses et jambes.

Ce sont maintenant des maculo-papules, de la grosseur d'un grain de chènevis à une petite lentille, rose tendre, disparaissant, mais non complétement, sous la pression du doigt. Pas de démangeaison.

L'œil est très injecté, mais la photophobie moins prononcée.

Pouls plein, bien frappé: 120.

Cœur: premier bruit peu frappé; deuxième bruit dédoublé, d'une façon intermittente, éclatant surtout à la pulmonaire.

Poumon: submatité et congestion, surtout à droite et en arrière.

Crache un peu.

Abdomen: palpation légèrement douloureuse dans la fosse iliaque droite; pas de gargouillement; exploration inutile des ganglions mésentériques. Rate légèrement douloureuse à la pression. Percussion montre qu'elle est augmentée de volume: D.T., 14; D.V. sur la ligne axillaire, 8½. Foie non augmenté de volume.

Selles très abondantes et liquides; à peu près une toutes les heures et demie; moins fétides depuis qu'il prend 0.60 de calomel. Lait, bouillon, vin; pas de quinine.

10.—Plus abattu, il se sent faiblir; pas de délire; pas d'épistaxis; pas de vomissements; quelques nausées seulement. Peut encore aller à selle tout seul, 10 à 12 fois par jour et autant pendant la nuit. Elles sont jaune-clair et sentent très mauvais; peu abondantes, pas douloureuses. Température 40°.1. L'haleine est mauvaise et la respiration un peu gênée. Se plaint toujours de mal de tête.

La teinte de l'éruption est plus foncée. La température reste élevée toute la journée et toute la nuit et oscille de $\frac{4}{10}$ à $\frac{5}{10}$ de degré, surtout après les selles. Le malade reste assis sur la chaise et se refroidit; il éprouve du bien-être en se remettant au lit.

Les bains n'ont pas été repris. La quinine, 0.75, ne produit aucun abaissement de la température: 40°.1.

L'alimentation est toujours possible: lait, potage, vin de Porto.

11.—L'état de faiblesse s'accentue; le malade ne peut plus seul aller à selle; il doit être soutenu pour gagner la chaise; il n'a pas de délire dans la matinée et répond encore aux questions; il reste assoupi dans un demi-sommeil. Nausées dès qu'il absorbe quelque chose. Le lait seul est bien supporté. Pas de vomissements.

Les selles sont fréquentes et surtout très fétides.

La température oscille autour de 40°. La quinine ne produit aucun effet. Pas de bain.

Délire dans l'après-midi; il parle fort et a toujours la même idée fixe: s'en aller, car ici il n'est pas chez lui. Température 40°.5.

La figure est très congestionnée. Un peu de dyspnée. Les phénomènes s'amendent, la nuit, et il peut reposer un peu.

12.—Assez calme, ce matin. Il répond bien aux questions qu'on lui pose. Il se plaint de lourdeur de tête et surtout de douleur de gorge avec dyspnée et dysphagie. Œil rouge et larmoyant; pas de photophobie. La peau est brûlante et sèche. Température 39°.7. L'éruption a disparu à la face, au cou, aux mains et avant-bras, ainsi que dans la portion de la poitrine correspondant à l'ouverture de la chemise. Dans le dos, à l'épaule, les taches rosées ont l'aspect de petites papules, à contours très nets, disparaissant sous la pression du doigt.

Sur les parties déclives du thorax et de l'abdomen, elles sont rouge vif, quasi-ecchymotiques. On dirait du prurigo avivé; il n'y a pas de démangeaison. La langue est sèche, tremblotante, mais pas rôtie.

La gorge est rouge, les amygdales gonflées, quelques fuliginosités sur les lèvres. Le malade est très altéré.

Le pouls est rapide: 144, assez bien frappé. La respiration rapide: 48 inspirations par minute.

La palpation abdominale n'est pas douloureuse; pas de gargouillement; le ventre est très dépressible; recherche inutile des ganglions mésentériques. L'exploration du foie ne révèle rien; l'organe ne dépasse point les fausses côtes. La rate est augmentée de volume, surtout dans le sens de la hauteur: D.V., 12; D.T., 14.

La percussion du poumon donne une submatité sur toute la hauteur, à droite, et sur la base gauche. Râles et sibilances de congestion pulmonaire. Pas d'expectoration.

Le cœur est affolé, fœtal. Claquement très marqué de l'artère pulmonaire.

Prescriptions: deux lavements phéniqués (eau 200 gr., acide phénique 0.15); une affusion froide dans l'après-midi; 1 gramme d'acide salicylique en deux paquets et 0.75 infusion de poudre de feuilles de digitale. Lait, bouillon, vin de Porto.

L'après-midi, la respiration a été gênée; il n'a pas reposé, constamment agité et souffrant de la gorge. La nuit a également été très mauvaise.

13.—Ce matin, il est très fatigué, il souffre surtout de la gorge; la bouche est sèche, brûlante. Respiration courte et gênée: 48 inspirations. La peau est chaude, pas trop sèche. Le pouls rapide: 140, mais plus fort qu'hier.

Les yeux sont très injectés, un peu de photophobie.

Lèvres et dents fuligineuses, langue rôtie et tremblotante.

L'éruption a presque totalement disparu sur les parties découvertes, où il faut soigneusement chercher pour la voir; elle se montre encore dans le dos, les reins, fesses, cuisses, parties déclives du tronc. Le cœur bat violemment; bruits sourds, surtout le premier bruit; celui de l'artère pulmonaire s'entend très bien. Dédoublement du deuxième bruit intermittent.

La gorge est rouge, sèche, luisante; amygdales non hypertrophiées. La congestion pulmonaire a diminué sous l'influence de la digitale. Palpation abdominale ne révèle rien.

S'alimente difficilement, ne prend bien que du lait; tout provoque des nausées. Deux lavements phéniqués; acide salicylique; 0.75 de digitale; lait et jaune d'œuf.

14.—Toute la journée, la fièvre reste élevée; très agité; la nuit dernière a été mauvaise. Léger délire, moins marqué que les jours précédents. La faiblesse augmente; les selles sont très abondantes, sentent moins mauvais, un peu consistantes. Il ne boit que lait et bière; le bouillon et le vin lui donnent des nausées.

15.—Je vois le malade à 9½ heures. Il est abattu; a de la dyspnée (44 inspirations). L'œil est rouge et larmoyant; l'air anxieux; légère surdité qui l'empêche de bien répondre aux questions. Se plaint de la tête et de la gorge qui est brûlante; la peau est chaude, pas trop sèche. Le pouls est rapide, mais assez plein: 140. L'éruption ne se manifeste sur la poitrine que par quelques taches; à la base du dos, aux fesses, petites pétéchies, rouge violacé, de la grosseur d'une tête d'épingle dont la couleur ne disparaît qu'en partie sous la pression du doigt.

Légère épistaxis dans la matinée.

La gorge est rouge, mais moins sèche que les jours précédents et le malade accuse un peu de mieux de ce côté.

Le cœur n'a plus le caractère fœtal; il est précipité, mais assez fort: effet de la digitale.

La congestion pulmonaire a complétement disparu.

Palpation abdominale ne révèle rien. Rate: même état. Selles nombreuses: 10 à 12; peu abondantes, légèrement consistantes.

L'urine, très chargée ces jours derniers, est plus claire. Un peu d'albumine. Toute l'après-midi, la température reste élevée; un bain à 4 heures amène légère rémission et soulagement. Nuit pénible. Température: matin, 39°.8; soir, 40°.2.

16.—Journée assez bonne; a mieux reposé. Dans l'après-midi, la fièvre a baissé de 1°, mais pour reprendre la nuit. La transpiration abondante commence à se faire: odeur fétide. Pendant la nuit, il se sent très faible, sur le point de défaillir.

17.—Rémission matinale assez nette. Le mal de tête a cessé. Le pouls est plein: 126. La langue un peu humide; beaucoup de fuliginosités sur les dents et les lèvres. La dyspnée est moins marquée: 40 inspirations. L'état de la gorge est meilleur; a expulsé hier, dans la soirée, des membranes ou pseudo-membranes grisâtres, que l'examen de la gorge n'avait pas indiquées; mucosités desséchées.

Les selles sont moins nombreuses, moulées, peu fétides.

Bien que très faible, le malade se sent mieux.

Suppression de la digitale.

18.—La fièvre descend à 38°. Il reste toujours très abattu, somnolent, sub-délire, voit des gens autour de lui, parle, s'agite, carphologie. Les selles sont plus consistantes; pas de vomissements, pas de nausées. La gêne de la gorge est moins accentuée; mais souvent il a des accès de toux qui provoquent une légère suffocation et empêchent la respiration de reprendre tout de suite.

Il prend volontiers du lait, bouillon, vin.

La nuit il a été très faible, plusieurs défaillances.

19.—Ce matin, il est encore très abattu, somnolent. Dyspnée: 40. Les paupières et surtout l'angle interne de l'œil sont recouverts de muco-pus desséché, résultat de la conjonctivite. Carphologie, impatiences, s'agite. Il répond à nos questions et la surdité est moins marquée. Le pouls est fort, plein: 104. La peau est chaude et moite: 38°.5. Les pupilles sont punctiformes. Il souffre un peu de la tête, mais se sent mieux.

Les bruits du cœur sont très forts et le claquement de la pulmonaire n'a jamais été aussi éclatant; il est quasi-métallique.

Congestion pulmonaire, surtout à droite et en arrière.

Malgré sa faiblesse, il a pu ce matin essayer de se lever seul pour aller à selle: trois ou quatre selles par jour, semi-liquides.

Il demande à prendre lait, bouillon, vin.

Après-midi, calme: chute du thermomètre à 37°.6; mais la nuit est très mauvaise, état syncopal et défaillance; respiration très irrégulière, avec suppression de l'inspiration, pendant de longs moments.

20.—Quand je le vois, à 10 heures, il est somnolent, très abattu, traits tirés; figure pâle, terreuse; paupières collées par muco-pus. Langue humide sur les bords. Peu de fuliginosités sur les lèvres. Dans la matinée, à la suite de violents efforts de toux, a expulsé des quantités de mucosités, à l'aspect de pseudo-membranes, venant de la gorge, larynx et trachée. Aussitôt la respiration a été plus aisée: 40. Le pouls est bon et encore rapide: 116. Température 38°. La congestion pulmonaire a beaucoup diminué.

22.—Transpire beaucoup depuis deux jours: sueurs fétides et très abondantes cédant sous l'action du café noir; trois à quatre selles par jour. Urine abondante: 2 litres. N'a pas la force suffisante pour se lever et aller seul à la selle. Tousse beaucoup et les quintes surviennent à l'occasion d'efforts pour aller à selle, s'asseoir sur son lit. Nuit assez calme. Respiration irrégulière.

23.—La figure est maigre, les traits calmes. Langue encore sèche et quand il la tire des mucosités blanchâtres, épaisses et filantes sortent avec elle et adhèrent à la voûte palatine et au dos de la langue.

Pouls 120. Peau légèrement moite. Le cœur est assez fort. Plus de galop; souffle léger à la base, au premier bruit pulmonaire; deuxième bruit très éclatant. Bronchite dans tout le poumon droit. Encore incapable de se lever seul. Très peu d'appétit.

25.—Reste abattu. Toux sèche. La température monte tous les soirs vers 10 heures, et ensuite, se produisent des sueurs moins fétides que ces jours derniers. A un peu faim. La diarrhée a cessé; les selles sont molles, jaunes. Il ne se plaint de rien, si ce n'est de son extrême faiblesse.

26.—Pouls 104, petit. La langue est humide et blanche en son milieu. Plus de photophobie; l'injection oculaire a disparu, et la sécrétion muco-purulente qui collait les paupières est tarie. Il subsiste encore une légère surdité. Il n'accuse aucun phénomène douloureux; se plaint seulement de son abattement. Peu de dyspnée: respirations 28.

Les bruits du cœur sont normaux; plus de bruit de galop.

Quelques râles de bronchite dans le poumon droit.

Très amaigri.

29.—Beaucoup mieux. La sensation d'abattement a disparu; se sent faible, mais mange avec appétit. Le cœur est bon. Dort bien. Un peu de transpiration la nuit.

1er mai.—Se lève aujourd'hui pour la première fois. Pouls 100. Cœur normal, mais le deuxième bruit à la pulmonaire est encore éclatant. Rien au poumon. A bon appétit et faim. Commence l'alimentation solide.

5.—De mieux en mieux. Très bon appétit. Un peu de constipation.

8.—Langue bonne. Grand appétit. Pouls fort et rapide: 104. Se lève un peu tous les jours: pas fatigué, dort bien, transpire un peu. La voix est complétement éteinte; ne souffre pas de la gorge.

Cœur violent. Claquement métallique de la pulmonaire. Rien au poumon.

Très amaigri. Pâleur des conjonctives. Essoufflement facile. Les mollets sont flasques et réduits à rien.

20.—Commence à reprendre son service et à veiller des malades. Voix toujours éteinte.

28.—La voix commence à reprendre sa tonalité: encore sourde et rauque.

20 juin.—Voix encore un peu rauque. Alopécie et chute des cheveux, qui dure depuis 15 jours.

1er juillet.—Complétement guéri.

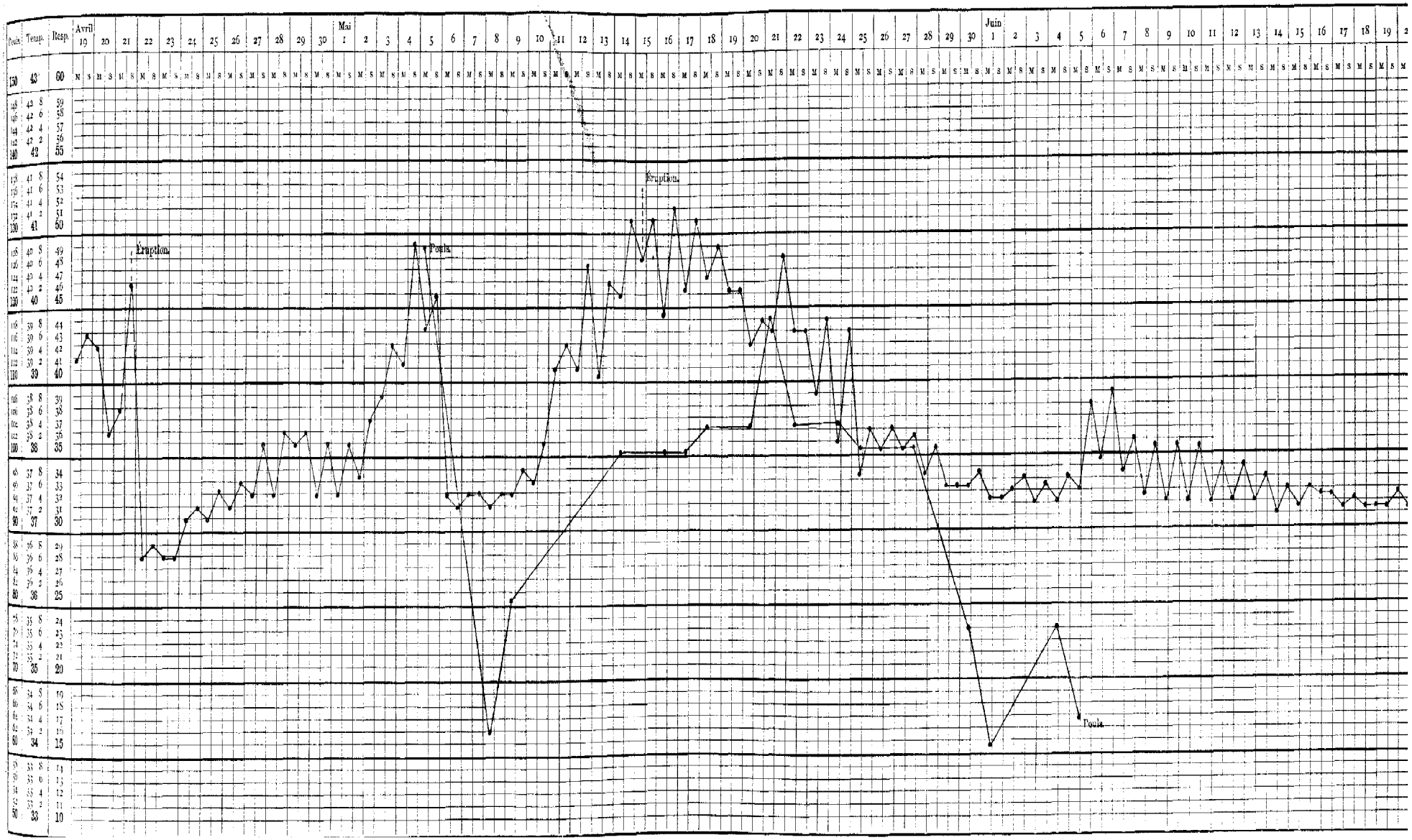
Observation III.

Frère Julien, né à Lyon, âgé de 29 ans; en Chine depuis quatre ans, de la Mission de Cha-la-eul.

Début, dans la nuit du 16 au 17 avril, par mal de tête.

17.—Au matin, il se plaint à moi de céphalalgie en casque, surtout sus-orbitaire. La langue un peu blanche. Il se sent abattu. Température 38°.4. Se couche dans l'après-midi, mais n'obtient pas d'amélioration; le soir, il chancelle en marchant. Température 38°.2. En même temps, douleurs des cuisses, mollets et genoux; il prend un purgatif salin le soir et a de nombreuses selles pendant la nuit.

OBSERVATION III.



18.—Température 38°. Le mal de tête augmente; photophobie. Il se couche la journée et la nuit. Impatiences et contractions dans les membres inférieurs. Température: soir, 39°. Nuit mauvaise.

19.—Température 38°.5. Violente céphalalgie, lombalgie, douleurs dans les jambes. Photophobie intense; yeux légèrement injectés; pupilles dilatées. Bouffées de transpiration. Tousse un peu. N'est pas allé à la selle depuis hier à midi. Pouls fort: 100. Langue bonne, un peu blanche en son milieu. Rien au poumon, ni au cœur. Pas de douleur à la pression sur le ventre. Rate normale. 0.60 de calomel dans la matinée. Nuit bonne et calme.

20.—Céphalalgie frontale très forte; les cheveux font mal à leur implantation; hyperesthésie du cuir chevelu. Douleurs musculaires des jambes sont moins vives; les mouvements articulaires sont douloureux. Douleurs dans le bras et l'épaule droits.

Ayant voulu aller seul à la selle, il a été pris de défaillance, vertige, nausées, sueurs; on a dû le remettre au lit.

La peau est chaude. La bouche commence à être sèche; les lèvres se collent aux dents; la gorge est sèche; langue encore humide sur les bords, sèche sur le milieu. Pupilles dilatées. Pouls plein et régulier: 104.

Pression abdominale, un peu douloureuse à gauche; léger gargouillement à droite. Rate et foie normaux.

Diarrhée (purgation par calomel) de 4 heures du soir à 9 heures du matin: 14 selles. Toux sèche et quinteuse; rien au poumon. Cœur normal.

Légère épistaxis dans la matinée.

Une tache rosée sur la ligne axillaire, dans le flanc gauche.

Urine claire, pas d'albumine.

Céphalalgie violente dans l'après-midi; douleurs dans les membres.

Les selles diarrhéiques contiennent beaucoup de scybales. Coliques sèches, borborygmes et vents. Nuit agitée; se plaint constamment et ne dort pas.

21.—Très agité, jusqu'à midi. Température atteint 40°.3. Aussitôt, lavement phéniqué fait, une heure après, tomber température à 38°.6. À 5 heures, température a de nouveau atteint 40°.3; un deuxième lavement phéniqué fait tomber température à 38°.5, où elle reste toute la nuit.

Un peu avant midi, il a eu une violente crise de nerfs avec convulsions et contracture musculaire; était plié en boule; n'a pas perdu connaissance: durée, 40 à 45 minutes. Après la crise a eu une transpiration très abondante et infecte. Il a fallu le changer trois à quatre fois; cette transpiration continua une grande partie de la nuit et s'arrêta vers 5 heures du matin, après ingurgitation d'une tasse de café noir.

L'éruption dans l'après-midi commence à se montrer, mais très discrète.

22.—Amélioration dans son état. La température reste assez basse: 38°.6. Il est calme, ne souffre pas; il parle, s'assied sur son lit, et peut même aller seul à la selle. Nuit bonne.

23.—Ce matin, se sent bien. La langue est belle; plus de mal de tête; se lève seul; l'éruption est fort discrète: une vingtaine de taches maculo-papuleuses sur la poitrine et l'abdomen.

Le cœur est fort lent: 60; les bruits sont normaux.

Bourdonnements de l'oreille gauche, depuis hier, comme un sifflet de locomotive dans le lointain.

Douleurs articulaires clavo-sternales droites exagérées par les mouvements des bras et les fortes inspirations.

Sent un peu d'appétit.

25.—Les forces reviennent; dort, bon appétit; pas de sueurs. Peau légèrement moite. Il n'a plus de diarrhée. Se lève depuis deux jours pendant une heure; mais se sent très faible et il est brisé quand il se recouche. Les bourdonnements d'oreilles et les douleurs de l'articulation sterno-claviculaire ont cessé.

L'amélioration continue jusqu'à la fin du mois; les forces et l'appétit reviennent. Il reste debout toute la journée.

À partir du 1er mai, il se sent moins bien, malaise léger, fatigue, lassitude.

2.—Croit avoir trop mangé dans la matinée; à midi, se trouve sans appétit au repas; reste toute l'après-midi au soleil et sent les effets d'une réverbération assez forte. Dans la soirée, douleurs abdominales; ne peut aller à selle. Température 38°.8. Toute la nuit, mal de tête, dort mal.

3.—Souffre de céphalalgie, au réveil. Se lève de bonne heure quand même; mais mal à l'aise, nausées; ne peut rester à la Messe. Prend un léger purgatif qui n'agit que vers 2 heures de l'après-midi. À 2 heures, nouveau purgatif, qui produit peu d'effet: une selle seulement. Reste debout, mais se plaint de céphalalgie, douleurs abdominales et dans les jambes.

4.—Au réveil il a de la fièvre et souffre de la tête; souffre toute la journée; tête, reins, membres. À 11 heures, température 40°.3; à 4 heures, 41°.2; lavement phéniqué, gardé 25 minutes, amène une baisse de $\frac{4}{10}$°. Pouls 140. Nausées et vomissement bilieux et alimentaires. Selles nombreuses, peu abondantes: 8 à 10; jaunâtres (a pris un nouveau purgatif salin ce matin). Mauvaise nuit.

5.—Langue humide et blanche; léger mal de gorge. Douleurs sterno-claviculaires, dans les mollets; ne peut se tenir debout seul. Douleurs articulaires, surtout au poignet (a déjà souffert de rhumatismes en Europe et Australie). Pouls 128, plein.

Palper abdominal non douloureux. Douleurs épigastriques résultant de nausées.

Gorge un peu rouge; vésicules d'herpès sur l'amygdale droite.

Poumon et cœur normaux.

Dans l'après-midi, il prend, à 3 heures, 0.75 d'acide salicylique.

Vomit, vers 7 heures, bile en assez grande quantité. À 9 heures, nouvelle dose.

La fièvre tombe dans la nuit et revient à la normale dans la matinée. Les douleurs articulaires disparaissent.

6.—Dans la matinée, douleurs abdominales, lombaires. Les selles sont douloureuses, glaireuses, et peut-être même, au dire du malade, analogues à de la raclure de boyaux. Il y aurait un peu de sang. Les selles sont rares et suivies de douleurs siégeant au-dessus de l'anus.

7.—Ne souffre que de douleurs lombaires. S'alimente; prend une dizaine de bouillons et autant d'œufs. Les forces reviennent. Dort bien.

8.—Pouls plein: 64. Ne souffre pas. A transpiré beaucoup ces jours derniers dans la nuit et un peu dans l'après-midi.

Rien au cœur; langue bonne; appétit.

9.—Souffre en allant et après être allé à la selle. Les matières sont glaireuses, légèrement teintées de sang. Selles rares et peu abondantes.

Langue bonne. Pas de fièvre. Pouls 80.

Prescription: 15 gr. de sulfate de soude; ailante; lavement boriqué. Lait, bouillon, œufs.

11.—Sous l'influence de l'ailante et du purgatif, les selles sanguines ont disparu, ainsi que les douleurs abdominales; mais la fièvre reprend de nouveau. Température: matin, 39°; soir, 39°.4.

12.—La fièvre continue. Céphalalgie; douleurs dans les membres. Insomnie; transpire un peu. Nuit assez bonne.

13.—Douleurs articulaire et musculaire, surtout dans les mollets et avant-bras. Transpire un peu. Nuit assez bonne.

14.—La peau est chaude. Température 40°. Pouls 100. Souffre de la tête, céphalalgie frontale surtout. Légère photophobie et injection oculaire. Douleurs dans les membres et articles. Pendant la nuit se produit une éruption de taches rosées lenticulaires. Elles sont surtout abondantes sur le tronc, le ventre et le dos. Elles sont assez grosses, très roses, disparaissent sous la pression du doigt. Ce sont pour la plupart des macules, mais dans beaucoup d'endroits elles sont maculo-papuleuses. Deux ou trois plus volumineuses et foncées ont un point central rouge, qui ne disparaît pas sous la pression.

L'éruption existe également un peu aux avant-bras et dos des mains, à la face interne des genoux, sous la rotule, la face interne des malléoles. Sur le dos du pied gauche, éruption en rash, de la dimension de deux pièces de 5 francs, ne dépasse pas la naissance du cou.

La surface cutanée de la poitrine présente un réseau, à mailles larges; les capillaires sont très marqués, surtout sous la clavicule. Souffre un peu de la gorge, qui est rouge et sèche. Langue sèche. Pas de nausées. Cœur et poumon normaux.

Prescription: gingembre; 6 gr. de salicylate. Lait, bouillon.

Le gingembre provoque transpiration et un abaissement de température de $\frac{4}{10}$°. Dans l'après-midi, douleurs de tête, reins, jambes et articulations. Température 41°.2. Pouls 120. Saigne du nez légèrement.

15.—Même état. Température 41°.2. Épistaxis. S'alimente. Nouvelle transpiration abondante, provoquée dans l'après-midi. Pas de nausées. Dort mal, ne repose que vers 4 heures du matin.

16.—Ce matin, rémission assez marquée: 39°.6. Pouls 100. Figure abattue; traits tirés et amaigris. Peu de photophobie; voit trouble; a comme un nuage devant les yeux. Pupilles dilatées. Langue un peu sèche, surtout sur le milieu. Figure chaude, oreilles froides.

Tousse peu. La toux ne survient que lorsqu'il a parlé longuement, sèche et quinteuse.

L'éruption au niveau des genoux est à peine visible. Encore très confluente au dos, abdomen, parois latérales du tronc. Elle est plus ou moins colorée par moments. Elle s'accuse quand le malade reste quelques instants découvert. Les taches sont plus papuleuses qu'hier. Le rash qui occupait le cou du pied gauche a disparu.

Aux bras et avant-bras, l'éruption se voit encore. Sur le dos des mains, taches rouges punctiformes, disparaissant sous la pression; deux taches dans la paume de chaque main.

Cœur normal. Rate augmentée de volume, sensible à la pression: 13 × 17 cm. Rien au foie ni au poumon. Un peu de météorisme. Urine 1,800 gr.; riche en dépôts uratiques; pas d'albumine.

Plusieurs selles dans la journée, rendues sans douleurs; couleur jaune très foncée (bronze).

A beaucoup saigné du nez dans la matinée et a éprouvé du mieux. Lourdeur de tête, plutôt que céphalalgie véritable. Douleurs musculaires et articulaires; il semble que la douleur occupe les os des jambes. Fièvre toute l'après-midi. La nuit n'est bonne qu'à partir de 4 heures.

Prend 0.75 de quinine, qui ne donnent aucun résultat.

17.—Abattu. Langue rouge et sèche, pas de fuliginosités. Œil un peu injecté; peu de photophobie. Bourdonnements d'oreilles et légère surdité (quinine). Pouls 100. Température 40°.1.

Peau sèche. Éruption moins colorée à la poitrine, dos, abdomen.

Plusieurs de ces taches ne disparaissent pas complétement sous la pression et laissent un petit point central violacé. Quelques taches paraissent aux genoux, faces internes des cuisses et jambes; sont maculo-papuleuses, assez larges (petite lentille), un peu irrégulières, disparaissent sous la pression, mais se reformant très vite.

Douleurs dans les muscles. La plus légère pression sur les extenseurs de la cuisse et ceux du mollet fait crier le malade, qui reste absolument immobile dans son lit.

Rien au cœur. Un peu de congestion en arrière et surtout à droite.

La rate déborde de 3 cm. les fausses côtes où les doigts la trouvent douloureuse à la pression, surtout au niveau du dixième espace intercostal.

Rien au foie.

Ballonnement du ventre et gargouillement dans les deux fosses (a pris un léger purgatif salin).

Après-midi assez bonne, malgré la température très élevée. Deux affusions à 11½ heures et 4 heures qui amènent une baisse de température de $\frac{4}{10}$ et 1 degré. La peau reste un peu moite. A été bien jusqu'à minuit. De ce moment à 4 heures très agité; délire, nausées, vomissements. Dort de 4 à 7 heures.

18.—Température: matin, 40°.2. Pouls 104; un peu dicrote. Air abattu. Langue sèche. L'éruption pâlit; disparue par places. Encore abondante sur la poitrine et le dos.

Vue trouble; surdité très marquée.

Respiration irrégulière, saccadée: 28. Congestion de la base gauche.

Respire mieux quand il est assis.

Cœur: dédoublement intermittent à la base. Selles diarrhéiques: trois dans la journée.

Rate à peine sensible à la pression.

Prescription: deux lavements boriqués (acide phénique douloureux à cause de dysenterie préalable) et deux affusions froides. Digitale 0.50.

Délire dans l'après-midi. Ne dort pas.

19.—Matinée mauvaise, agitée; délire dans l'après-midi. Transpiration abondante et baisse de température. Nuit très agitée. Saigne du nez.

20.—Ce matin, air abattu, visage calme, non vultueux, œil éteint, pupilles dilatées. Langue sèche et rouge. Peu de photophobie. Légère surdité. Céphalalgie. Trouble de la vue. Diarrhée. Pouls dicrote: 104. Éruption a disparu sur la poitrine; il reste encore beaucoup de taches sur le ventre, mais plus pâles; sur les bras, certaines taches disparues, laissent, comme vestiges, une teinte marron, comme une vieille ecchymose, en voie de régression.

L'intelligence n'a pas toute sa lucidité; les réponses ont un caractère un peu vague.

Rate grosse et dure, très bien sentie: 17 × 20 cm.

Cœur: plus de bruit de galop, un peu fœtal.

Gargouillement et léger météorisme.

Paralysie du sphincter vésical; pisse sous lui sans s'en rendre compte. Pas de dilatation de la vessie.

Légère congestion pulmonaire.

Très abattu dans l'après-midi. Nausées très violentes; vomissements glaireux et biliaires. A rendu un lombric en vomissant. Délire, idées très variables. Carphologie. Les extrémités se refroidissent à plusieurs reprises: bons effets d'ingestion de rhum.

21.—Abattu dès le matin; très vite essoufflé quand il fait un mouvement. Pouls plein: 116. Quelques soubresauts tendineux.

Langue sèche et rouge. Trouble de la vue. Surdité. Réponses peu claires; il divague légèrement.

Disparition de l'éruption. Plus de céphalalgie; mais faiblesse générale. Mollets encore douloureux à la pression.

Cœur normal.

Rate moins douloureuse à la pression.

Légère congestion pulmonaire.

Raie méningitique assez nette.

22 et 23.—Matinées et après-midi sont assez bonnes. État de stupeur profonde. La fièvre s'allume dans l'après-midi. Transpiration abondante à odeur fade, écœurante.

Un peu de délire vers le soir. Dyspnée par obstruction nasale.

24.—Très abattu. Chute brusque de thermomètre de 39°.8 à 38°.2. Pouls dicrote: 104. Yeux excavés. Sueurs froides et un peu visqueuses. Incontinence d'urine; fait sous lui. Répond mal, pas de précision et gêne d'articulation; sécheresse de la gorge; parole saccadée et tremblotante. La langue est rôtie, les lèvres fuligineuses. Surdité. Sudamina nombreuses. La transpiration, cette nuit, très abondante: les couvertures et matelas traversés. Tremblements musculaire et tendineux.

Pas de distension de la vessie; incontinence par paralysie et non rétention.

Cœur bien frappé, un peu faible.

De 10½ à 3 heures, il est resté dans un état de torpeur adynamique complet.

Peu à peu, sous l'action d'acétate d'AzH^3, extrait de quinquina, digitale, alcool, les forces sont revenues et à 5 heures la température s'est mise à remonter: 39°.5.

Nuit calme; sommeille; pisse au lit.

25.—Répond mieux qu'hier. Langue sèche et fuliginosités labiales. Parle plus facilement. Entend mieux; quelques bourdonnements.

Articulations très douloureuses, surtout celle du coude; le moindre mouvement est douloureux et lui fait pousser des cris. L'avant-bras est fléchi et en demi-pronation; main également fléchie sur l'avant-bras depuis trois jours.

Cœur mieux frappé: 100. Légère dyspnée: 36. Respire surtout par la bouche.

Sudamina abondantes, laissant de petites érosions punctiformes de la peau.

Escarre fessière.

Palper abdominal peu douloureux.

Mêmes prescriptions qu'hier.

Abattu toute l'après-midi, reste somnolent, très faible, mais prend tous les aliments qu'on lui présente.

26.—En soulevant le malade, on constate qu'une escarre sacrée, assez étendue, est envahie par de petits vers blancs. Cette escarre est douloureuse. Le malade se plaint aussi de douleurs et démangeaisons, sous les aisselles. La peau est rouge, légèrement ulcérée et de petits vers s'y trouvent également; enfin, quelques petits vers dans l'œil droit qui est rouge et laisse s'écouler une sérosité muco-purulente. Lavages fréquents phéniqués et saupoudrage avec magnésie calcinée et iodoforme, āā. Reste abattu et somnolent l'après-midi et nuit. Dans la journée, parle plus facilement.

27.—Ce matin les traits sont très tirés. Yeux enfoncés; écoulement muco-purulent et injection de l'œil droit. La peau de la poitrine est le siége d'un érythème formé par de longues traînées rouges.

Plus de vers. Escarre sacrée très douloureuse dès qu'on bouge le malade. Une autre escarre au niveau de l'épine iliaque postérieure. La première large comme la paume de la main; l'autre comme une pièce de 1 franc.

Pouls et cœur bons: 100. Pas de dyspnée. Langue sèche; dents fuligineuses. Ne souffre pas et prend bien. Plus d'incontinence d'urine. Deux selles dans la journée.

Après-midi calme. Dort, mais souffre de ses escarres dès qu'il fait un mouvement.

28.—Les selles prennent une consistance plus solide; sont moulées. La quantité d'urine et la fréquence des mictions augmentent. Urine très claire. Crache beaucoup de mucosités épaisses, gris jaunâtre, teintes parfois d'un peu de sang; elles viennent surtout de la gorge.

Cauchemars dans la journée et la nuit; sorte d'hallucinations qui persistent même à l'état de veille: il lui semble qu'il y a plusieurs personnes dans son lit.

29.—Langue large, humide et rouge. Dents et lèvres dépouillées de leurs fuliginosités. Figure reposée. Pouls petit: 76. Ne souffre pas, si ce n'est de ses escarres: fessière, dorsale et axillaire.

Peu d'appétit, pas de nausées. Répond assez bien. Moins de surdité. Plus de gêne d'articulation. Inégalité pupillaire.

Persistance des douleurs musculaires des mollets; peut librement remuer bras, avant-bras et mains.

Bruits du cœur normaux. Parfois dédoublement pulmonaire au moment de l'inspiration.

Ventre souple, exploration facile; légère sensibilité des fosses iliaques. La rate ne déborde plus les fausses côtes.

Escarres fessières et de la crête, en voie de guérison (magnésie calcinée, iodoforme; poudre quinquina), mais toute une série de petites escarres est produite (sept à huit), larges comme des pièces de 1 franc, sur le trajet d'une ligne allant de l'épine iliaque postérieure à la pointe scapulaire. La peau, au niveau de l'angle de l'omoplate, est rouge, un peu œdématiée et une escarre est à craindre.

Prescription: acétate d'AzH^3, extrait de quinquina. Champagne, Porto, lait, œufs, bouillon. Suppression de digitale.

30.—Journée très calme, un peu de délire. S'alimente bien. Selles moulées: deux dans la journée et deux la nuit. Urine beaucoup. Souffre de ses escarres seulement quand il se remue. Dort peu.

31.—Pouls plein: 60. Langue et lèvres totalement dépouillées. Ne souffre pas; ne sent même pas d'abattement. Plus de douleurs dans les mollets. Plus de surdité. Escarres en bonne voie. Celles du côté sont à peu près sèches. Celle qui menaçait l'omoplate ne s'est pas produite. Nouvelle escarre à la face postéro-externe du tendon d'Achille droit. Obnubilation de la vue.

1er juin.—Soirée agitée; ne souffre pas, mais se remue constamment dans son lit. Potion calmante le fait dormir toute la nuit et une partie de la matinée. Se réveille tout abruti et reste calme la journée du lendemain.

3.—Très grand appétit. Rêve, et pendant son sommeil entend des voix qui lui disent de se lever; il essaye de descendre de son lit. Deux selles par jour, moulées.

Urine près de 3 litres, claire. Pas altéré. Boit seulement du bouillon et un peu de vin.

4.—Depuis une semaine la température se tient à la normale entre 37°.2 et 37°.4. Très faim.

Langue bonne. Traits reposés. Conjonctive pâle. Très amaigri. Ne souffre pas; se sent faible et épuisé par le moindre mouvement (refaire son pansement, se bouger pour arranger son lit). Trouble de la vue. Surdité légère. Souffre un peu de l'escarre fessière qu'il écorche pendant la nuit. Les autres escarres sont complétement guéries.

Pouls plein: 76; premier bruit de pointe très énergique; premier bruit pulmonaire soufflant. Pas de souffle dans les vaisseaux du cou.

La rate a repris ses dimensions normales.

Commence aujourd'hui l'alimentation solide: pain, œufs à la coque, poulet; 10 cgr. tartrate ferrico-potassique et une cuillerée de liqueur de Boudin.

6.—Se trouve très bien. Nuits un peu agitées. Selles régulières. Urine beaucoup, à peu près 3 litres.

Légère ascension du thermomètre; hier, 38°.6. S'était levé pendant une heure. Ce matin, pouls lent et assez plein: 64. Langue belle; souffre un peu des mollets. Souffre à peine des escarres. Légères escarres aux deux épines de l'omoplate. Persistance de surdité. Bourdonnements, quand il prend la position verticale. Trouble de la vue persiste. Digestions aisées; un peu de flatulence et borborygmes. Abondante débâcle pendant la nuit.

10.—Depuis quatre jours qu'il se lève, il a des ascensions de température le soir. Souffre pendant la nuit de douleurs dans les mollets, les articulations des orteils, medio-tarsiennes, et le talon gauche. Au niveau de celui-ci siége un large ecchymose (2 francs) la pression y est douloureuse. Le malade ne s'y est point cogné. L'ouverture ne donne issue à rien; cependant, il éprouve les douleurs d'un abcès.

Les escarres sacrées ne sont pas tout à fait guéries; il les écorche pendant la nuit.

Les mollets sont douloureux à la pression, raides, quand il se lève, et incapables de le porter.

Douleurs articulaires des mains et poignets ont cessé. Vue et ouïe normales quand il est couché; trouble et bourdonnements quand il est debout. Persistance de douleur dans le talon.

Le malade se levait depuis un mois, quand l'épiderme des orteils et du talon a commencé à desquamer, se détachant par larges placards, surtout après un bain. Cette desquamation a duré plus d'un mois.

Observation IV.

Frère Candide, né à Griéges (Ain), âgé de 39 ans; en Chine depuis quatre ans, de la Mission de Cha-la-eul.

Malade depuis le lundi 22 avril: inappétence, courbature, crampes d'estomac, point de côté, toux légère, nausées, insomnie.

23.—Un semblant de mieux. Il peut veiller ses malades.

24.—Dans la matinée, il se rend au Nan T'ang; se sent très fatigué en descendant de son âne; défaillance, pseudo-syncope au moment de se mettre à table. Ne peut déjeuner. Il revient, vers 1 heure, à Cha-la-eul et se met au lit. Il éprouve de la lourdeur de tête et de la courbature. À 6 heures du soir il prend un purgatif et le vomit. Nuit très agitée, transpiration, claquements de dents, frissons.

25.—Prend un nouveau purgatif dans la matinée, qui fait de l'effet. Toute la journée il n'est pas trop souffrant. Céphalalgie en casque; la courbature s'exagère; nausées fréquentes. Il peut dormir un peu dans l'après-midi, et quand il se réveille, il ne souffre pas. Il veut essayer de refaire sa veille; mais doit se recoucher aussitôt. Nuit pénible; douleurs et langueurs d'estomac; nausées et vomissement qui soulagent momentanément la douleur, et il peut reposer dans la deuxième partie de la nuit.

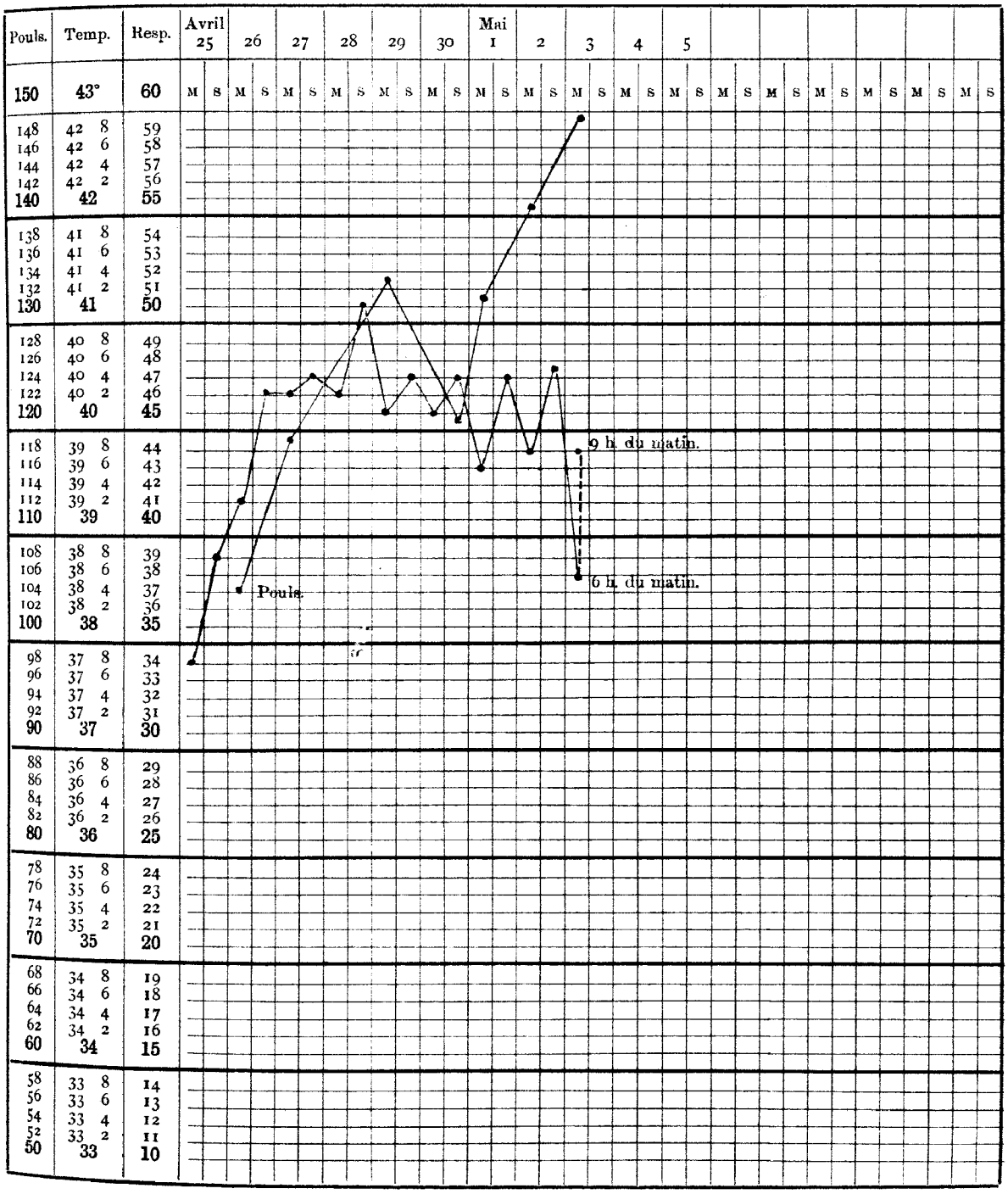
26.—Ce matin la peau est chaude, langue blanche. Le malade est calme et répond très clairement à mes questions. Pouls plein: 104; légère photophobie; œil non injecté. Violente céphalalgie en casque, exagérée par les mouvements de la toux. Douleurs lombaires et interscapulaires, surtout quand il tousse; la toux provoque également de la douleur dans les hypochondres. Légère douleur à la pression de l'hypochondre gauche.

Rate, foie, cœur normaux. Pas de traces d'éruption.

La nuit est mauvaise jusqu'à minuit: céphalalgie violente et douleurs lombaires. Dort le reste de la nuit.

27.—Journée assez calme; se plaint d'une courbature générale avec douleurs articulaires très vives. Nausées fréquentes avec cardialgie; vomissements alimentaires; vomit aussi un lavement phéniqué. Dans l'après-midi, céphalée terrible avec phénomène de tension intra-cranien; un peu soulagé par la calotte de glace. Température reste élevée; et les affusions froides et lavements phéniqués ne la font pas baisser. Ils produisent pourtant une sensation de mieux être une à deux heures, et pendant lesquelles le malade peut reposer. Quatre bains et trois lavements dans la journée et la nuit. Les lavements sont rendus avec des scybales. Le

OBSERVATION IV.



malade accuse des douleurs abdominales qui cessent avec l'expulsion de matières dures. Toute l'après-midi, transpiration très abondante. Son odeur est identique à celle des autres : écœurante, fétide, cadavérique. La nuit, la transpiration continue ; le malade pousse de petites plaintes ; change souvent de position dans son lit, mais sommeille. La nuit est, en somme, assez bonne.

28.—Dès le matin, température est élevée : 40°.2 ; à 1 heure de l'après-midi, elle atteint 41°, et reste à ce chiffre toute la soirée et la nuit, jusqu'à 4 heures du matin. Acide salicylique, bains, lavements froids ; transpiration abondante, rien ne fait baisser la température. Douleurs de tête très violentes nécessitent la calotte de glace. Douleurs gastriques, sortes de crampes, s'accompagnant de nausées et de vomissements, dès que quelque chose a été ingurgité ; l'estomac, refuse tout aliment. Plusieurs selles, grâce à un lavement purgatif (sulfate de soude 30 gr., follicules de séné 15 gr., eau 200). Délire dans l'après-midi ; le délire n'est pas très violent, et le malade, par moments, peut se rendre compte de l'incohérence de ses idées ; il dit lui-même : "Je radote." Éruption commence à se montrer : parois latérales du thorax et avant-bras.

Nuit très pénible. Douleurs généralisées à tous les membres, articulations. Dyspnée et intermittences respiratoires. Plaintes perpétuelles. Carphologie. Un peu de délire. A commencé à reposer vers 4 heures du matin.

29.—Un lavement purgatif ce matin, de bonne heure, car il n'était pas allé à selle dans la nuit.

Quand je le vois, à 10½ heures, il est assez abattu, l'œil est terne ; le mal de tête est moins violent qu'hier. La langue est blanche et encore humide ; pas de fuliginosités, un peu de photophobie.

La peau est chaude et légèrement moite. Température 40°.1. Le pouls est faible, dicrote et rapide : 133 ; quelques soubresauts tendineux.

Il se plaint surtout de douleurs à l'épigastre, de nausées et de vomissements qui se produisent dès qu'il a absorbé quelque chose. En même temps, douleurs articulaires. Sécheresse de la gorge, soif. Il est très affecté de son état, se croit perdu ; s'est confessé dans la matinée et fait rassembler tous ses papiers.

L'interrogatoire le fatigue et à la fin il répond d'une voix faible ; en même temps, tout cela l'énerve.

L'éruption qui a commencé hier s'est un peu développée pendant la nuit. Les taches rosées se montrent aux parties déclives du flanc, dans le dos, partie supérieure de la poitrine, la face interne des genoux, l'avant-bras et la paume des mains. Ce sont de petites macules roses, maculo-papules par places. Au pli du coude, surtout à droite, elles ont l'aspect de petites pétéchies punctiformes, au nombre d'une trentaine, violacées, ne disparaissant pas sous la pression du doigt et rappelant de grosses piqûres de puces.

Rien au poumon, au cœur, au foie. Pression de la fosse iliaque droite non douloureuse.

La rate est augmentée de volume, et facile à délimiter par la percussion ce qui ne se pouvait faire il y a deux jours. Les dimensions sont : D.T., 10½ ; D.V., 8.

L'après-midi est assez agitée. Il ne souffre pourtant pas trop, si ce n'est d'une céphalalgie fort intense nécessitant la calotte de glace. Il a un besoin intense de sommeil qu'il ne peut satisfaire. Se plaint d'un malaise général. Il transpire dans la soirée, mais cette transpiration n'est pas, comme les jours précédents, suffisamment abondante pour nécessiter de changer les draps.

Les douleurs gastriques sont calmées par la potion de Rivière; moins de nausées, pas de vomissements.

Selles fréquentes, molles, très fétides, à peu près toutes les deux heures. Urine beaucoup et très facilement. Un peu de délire.

30.—Il se trouve un peu mieux ce matin, bien que le thermomètre soit encore à 40°. Photophobie, brouillards devant les yeux; les conjonctives ne sont cependant pas injectées. Lourdeur de tête, plutôt que céphalalgie. Langue blanche et humide sur les bords; pas de fuliginosités. Pouls faible: 120. Peau chaude et un peu moite. Pas de transpiration dans la matinée.

L'éruption, moins marquée qu'hier, a même disparu par places. Dans la paume des mains, il ne reste plus que deux à trois taches rose pâle de 2 millimètres de diamètre à peu près. Sur le cou du pied gauche, éruption en rash, par la confluence des taches de teinte rouge vif, disparaissant sous le doigt; à peine indiquée du côté droit. Pas de démangeaison. Rien à la plante du pied. À la face interne du genou quelques petits piquetés punctiformes.

Les douleurs gastriques ont presque totalement disparu. Plus de nausées. Rien au cœur, ni au poumon.

Pression douloureuse dans la fosse iliaque gauche et sur la rate.

La douleur de gorge a disparu. La voix est faible et sourde par gêne de l'articulation.

Urine albumineuse.

Prend 2 litres de lait, du vin de Porto.

Très agité dans l'après-midi. Il rêvasse; carphologie. Ne prend qu'un peu de thé. Température oscille autour de 40°.5. Bain qui le soulage momentanément; puis, 25 minutes après, douleur violente au creux épigastrique, sensation de froid, grelotte; il faut le plier dans des couvertures en peau de mouton et cependant la température ne baisse pas.

Nuit assez mauvaise.

1er mai.—La faiblesse fait des progrès. Incapable d'aller seul à la selle. Il faut le soulever, même pour l'asseoir sur le bassin. Les selles sont moulées. En allant à la selle, ce matin, légère défaillance. Température 39°.6 (dans l'aisselle, jusqu'ici on la prenait dans la bouche). Pouls faible: 132. Se sent très faible. Parle à peine. Ne peut se servir lui-même, prendre quelque chose sur la table placée à côté de lui. Il se plaint d'un peu de courbature dans les mollets et de bourdonnements d'oreilles.

La figure n'est pas congestionnée; elle est chaude; oreilles froides; pupilles dilatées.

Il reste inerte dans son lit, les yeux fermés; de temps à autre, quelques contractions musculaires ou soubresauts tendineux.

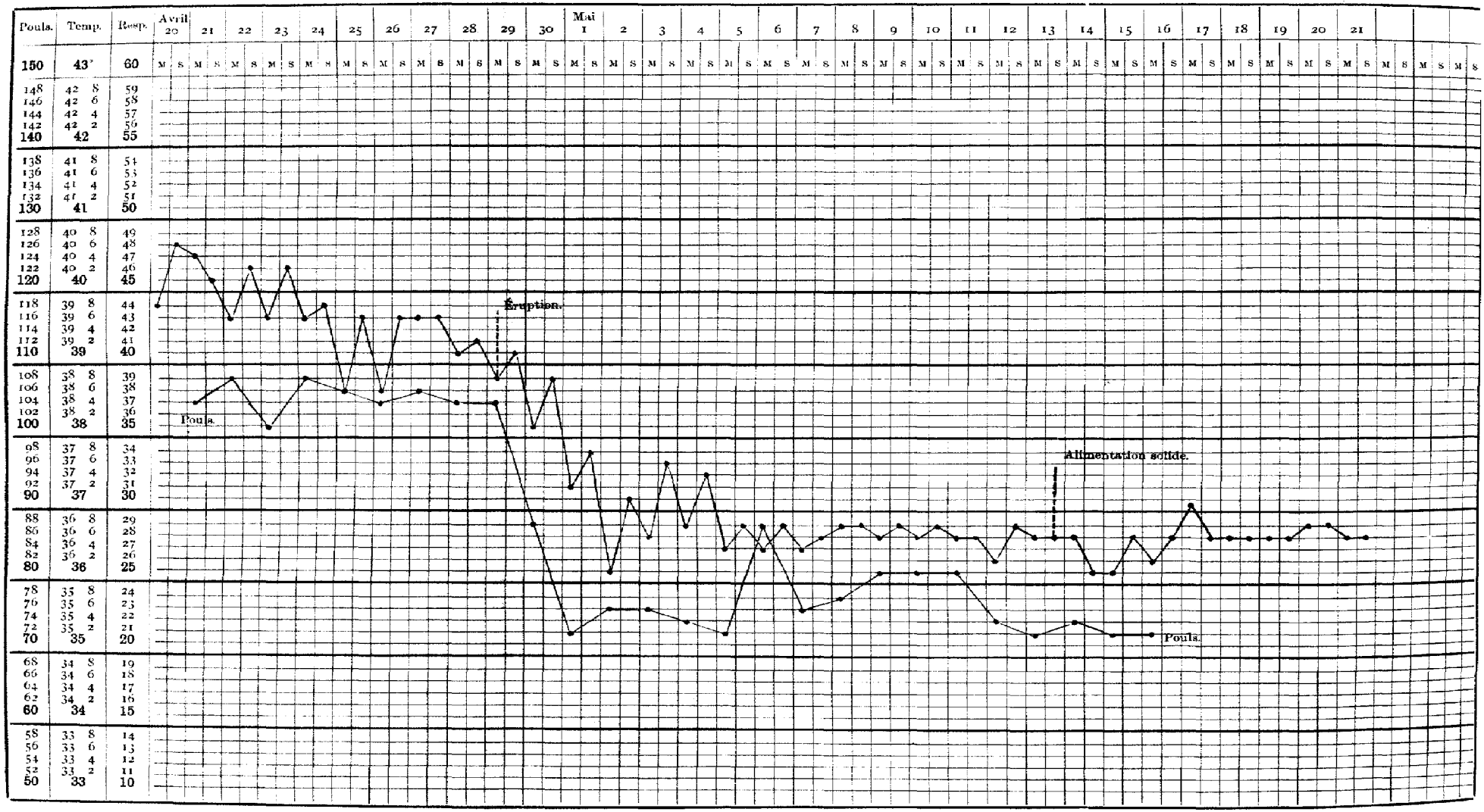
Il répond aux questions, mais il faut parler très fort pour l'arracher à sa torpeur.

La peau est moite. Une nouvelle éruption de taches rosées, très irrégulièrement distribuées sur le ventre, la poitrine, les parois latérales du thorax. Pas dans le dos, les membres. S'arrête à la naissance du cou; celle de la paume des mains et avant-bras a totalement disparu.

L'éruption laisse sur le dos des mains dans les points où elle a disparu des taches blanchâtres qui donnent, avec la couleur plus foncée de la peau, un aspect marbré à cette dernière.

Sur le cou de pied gauche, l'éruption a une teinte plus foncée qu'hier; provoque un peu de démangeaison.

OBSERVATION V.



Érythème fessier, par fusion de la base inflammatoire de 60 à 80 macules sur la partie supérieure de chaque fesse; provoque de la démangeaison.

Cœur fœtal. Un peu de congestion pulmonaire à droite. Urine abondante, 1,800 gr. par 24 heures, colorée, albumineuse, 1 gr. d'albumine; 16 gr. d'urée par litre.

Prescription: caféine, 0.50; lait, vin de Porto, lavement phéniqué, bain froid.

Il reste assez calme dans son lit, l'après-midi, mais rêvasse constamment. Il n'accuse aucune douleur. Ses rêvasseries ont un caractère spécial; depuis trois jours qu'elles sont très marquées, elles roulent chaque jour sur un sujet différent: hier c'était la religion; aujourd'hui il parle de la France et de sa grandeur.

La rêvasserie continue pendant la nuit. Il prend un purgatif salin vers 4 heures du matin. Les selles sont jaunes et noires, fréquentes, et horriblement fétides.

2.—Très abattu; répond assez bien aux questions qu'on lui pose. La fièvre reste haute: 39°.8 le matin; 40°.6 dans la journée. Le pouls devient plus rapide et plus faible: 140.

Il délire pendant la nuit, jusqu'à 6 heures du matin. Il commence à transpirer à ce moment. La sueur a toujours son odeur cadavérique. Il s'est alimenté un peu dans la journée; mais il n'a rien pris pendant la nuit. Urine plus foncée: urée 20; albumine ½ gr.

3.—À 6 heures du matin, la température indiquait une baisse subite: 38°.6; un calme apparent s'en suivit et les Frères qui le veillaient crurent à une amélioration.

Quand je vis le malade à 9½ heures, il était dans une dyspnée profonde; la respiration courte, irrégulière; 60 inspirations par minute. Le pouls, filiforme, était à 154. Les bruits du cœur ne s'entendaient plus, marqués par les ronchus de la poitrine et de la gorge. La langue s'agite constamment dans la bouche; les lèvres fuligineuses; les yeux légèrement vitrés. Les extrémités, pieds, mains, oreilles, sont froides et cyanosées. De temps à autre des nausées. Il délire; carphologie. J'essaye de le tirer de sa stupeur; il ouvre péniblement les yeux et me reconnaît vaguement.

Deux injections d'éther; injection de 1½ gr. de caféine à quatre piqûres, à quart d'heure d'intervalle, n'amènent aucune modification au cœur. Il meurt vers 11½ heures par syncope et un flot d'écume sanguinolente sort de la bouche.

Impossibilité de faire l'autopsie.

Avait eu, avant de venir en Chine, des attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Observation V.

Frère Basilius, né à Saint-Genis l'Argentière (Rhône), âgé de 23 ans; en Chine depuis quatre ans, de la Mission du Nan T'ang (Pékin).

Début mercredi 17 avril par céphalalgie et douleurs dans les jambes; dans l'après-midi, légère épistaxis. La nuit fut assez bonne.

18.—Mal de tête augmente; lombalgie et surtout douleurs dans les jambes, quand il est couché. La température n'a pas été prise, mais le malade dit avoir eu une température élevée, dont il a jugé par son malaise. Il a pu pourtant faire sa classe. Nuit agitée.

19.—Mal de tête gravatif, en casque, irrégulier, survenant ou s'exagérant tout à coup, et disparaissant de même. Il a pu faire sa classe. Nausées fréquentes.

20.—Température 39°.8, le matin; langue blanche, céphalalgie en casque, jambes cassées, abattu, souffre surtout de douleurs dans les jambes quand il est couché. Prend, vers 10 heures, 0.80 de calomel; vomit. Reste couché toute la journée; dans l'après-midi, se sent très faible; douleurs augmentent. Température 40°; il entre à l'hôpital.

Nuit agitée; dort peu ou pas; bouche sèche; très altéré.

21.—Ce matin la peau est chaude. Température 40°. Pouls fort: 104. Langue blanche, un peu sèche sur le milieu. Photophobie; peu d'injection conjonctivale. Palpation abdominale; douleurs et gargouillements iliaques à droite. Rate normale. Prend 0.60 de calomel; selles très fétides; salol 0.75, acide salicylique 0.75.

Cœur et poumon normaux.

Lait, bouillon; extrait de quinquina.

Dans l'après-midi, vers 5 heures, a quelques frissons, nausées et vomissements. Température très élevée, mais abaissée sous l'influence de 0.75 d'acide salicylique.

Un peu de sueur.

L'éruption commence à paraître, dans l'après-midi, sur les avant-bras et dos des mains. Nuit bonne.

22.—Langue blanche. Yeux peu injectés; photophobie; pupilles dilatées. Figure congestionnée et brûlante. Oreilles froides. Peau chaude et moite. Température 39°.6. Pouls dicrote: 108.

Éruption: quelques taches sur la peau de la poitrine et abdomen, la face dorsale des mains et avant-bras. Rien au dos et aux cuisses. Les taches ne sont que très petites sur la poitrine et abdomen. Sur la face dorsale des mains elles forment des macules rouges, de la dimension d'une pièce de 0.20 cents à une lentille. Dans la paume de la main, on soupçonne les points où se fera l'éruption à une teinte rosée, par places, sous l'épiderme.

Les selles sont nombreuses; couleur verdâtre, due au calomel; contiennent en suspension des grumeaux blanchâtres, identiques à des débris de muqueuses, qui sont probablement des coagula de lait. Elles sont très fétides.

Palpation abdominale douloureuse à droite et à gauche. Pression sur le foie et rate douloureuse; ces organes sont normaux, comme dimensions. La pointe du cœur bat dans cinquième espace, à $4\frac{1}{2}$ cm. en dedans du mamelon. Le premier bruit de la pointe est fort; celui de la base est dédoublé (deuxième bruit) et le claquement de la pulmonaire est très éclatant.

Un peu de congestion pulmonaire.

Très altéré. Quelques nausées.

Urine trouble; traces d'albumine.

Prescription: lait, bouillon, Porto. Acide salicylique 0.75; lavements phéniqués, avec eau 200 gr., acide phénique 0.15.

Le thermomètre, très élevé toute l'après-midi, n'a été modifiée ni par l'acide salicylique, ni par le lavement phéniqué.

Nuit mauvaise; agité, oppressé.

23.—Moins de céphalalgie, moins de photophobie: il voit trouble. Figure moins congestionnée qu'hier, mais chaude; toutefois oreilles froides et un peu cyanosées.

Le pouls est bon et fort: 100; dicrotisme intermittent. Respiration calme: 28. Langue blanche et humide.

L'éruption n'a pas progressé depuis hier; cependant la poitrine offre sur sa face antérieure une teinte rose marbré plus accusée.

Pression de la fosse iliaque droite douloureuse, non à gauche. Sept à huit selles dans les 24 dernières heures.

Quelques nausées dans l'après-midi. Prend du calomel et un lavement phéniqué avant midi, et ne va à selle que vers 5 heures. Dans l'après-midi, la température étant très élevée, un bain froid par affusion. Pas d'abaissement de température, mais bien-être et il s'endort. La nuit est assez calme. La peau moite.

24.—Langue sèche et blanche au milieu; pas de fuliginosités sur les lèvres. Œil injecté et larmoyant; moins de photophobie. La céphalalgie a diminué. Se plaint encore des reins. La gorge est sèche, et l'articulation des mots gênée. Peau chaude. Température 39°. Pouls 108.

L'éruption commence à disparaître. Il n'en reste que sur les bras, la poitrine; quelques taches dans le dos. Les traces de l'éruption se voient bien, surtout quand la région n'est pas trop vivement éclairée.

Selles peu nombreuses, peu abondantes, claires, très liquides et fétides. Au cœur on perçoit toujours un bruit de galop à la base. Rien au poumon.

Douleur à la pression de la fosse iliaque droite et gauche. Rate non augmentée. Quelques coliques intestinales; borborygmes et vents. Épistaxis légère dans l'après-midi qui est calme. Vers 6 heures, sorte de syncope. La figure, les mains, les pieds sont froids; les doigts, oreilles, lèvres sont cyanosés. Cet état syncopal dure une heure environ; il entend, comprend, mais ne peut répondre. La nuit fut très agitée; on dut le maintenir dans son lit, et même lui attacher les mains. Il fait des bonds dans son lit, crie, se lève, veut sortir et fait sous lui.

25.—La matinée est plus calme. Dans l'après-midi, il est un peu agité, mais facile à maintenir. Fait plusieurs fois sous lui. La nuit, il dort mal, parle d'une façon incohérente.

26.—Langue sèche, un peu tremblotante, pas de fuliginosités. Peau assez fraîche. Température 38°.6. Le pouls est plein, régulier, grâce à une infusion de digitale prise hier soir: 104. État sub-délirant; répond mal aux questions qu'on lui pose. Il est encore très agité. Ce matin, je le trouve en chemise dans un fauteuil, et il faut crier pour lui faire regagner son lit.

Persistance du bruit de galop. Rien au poumon. Pression abdominale légèrement douloureuse. Foie normal; rate un peu augmentée de volume. La peau porte encore quelques traces d'éruption.

Légère rétention d'urine: n'a pas pissé durant les 24 dernières heures. A pissé un peu ce matin. Est-ce un effet de la digitale? Selles liquides, jaunes, fétides, contiennent un peu de sang vermeil. Ce sang vient plutôt d'hémorrhoïdes. Le fait s'est déjà produit pendant qu'il était bien portant.

27 et 28.—Les journées sont agitées ; sub-délire et torpeur alternant. Les selles amènent un mieux être qui permet au malade de reposer un peu.

29.—Abattu ; répond vaguement. Légère surdité. Pouls plein et fort. Cœur bien marqué. Souffle au premier bruit à la pulmonaire, bruit de galop à la base. Épistaxis légère. Un peu de photophobie. La langue est sèche. Douleur à la pression de la fosse iliaque droite. Rate augmentée de volume. Rien au poumon.

Quelques nouvelles taches rosées sur le flanc gauche.

Urine : albumine en quantité minime. 18 gr. d'urée par litre.

30.—Reste somnolent, affaibli. Un peu de dyspnée d'origine laryngée. Il ne transpire pas. Tendance à la constipation. Il ne va que par purgatif ou lavement. Les selles sont alors liquides, d'odeur fétide, et leur évacuation amène un état de mieux être très manifeste. Le pouls est plein : 88. Défervescence commence. Il se plaint de temps à autre de céphalalgie, de courbature généralisée, et se sent très las.

La rate est bien délimitée, par percussion ; un peu douloureuse à la pression. Douleur dans les fosses iliaques.

Rien au poumon. Dédoublement du deuxième bruit persiste.

1er mai.—Ne souffre pas, si ce n'est d'une lassitude générale; dès qu'il fait un mouvement, il est essoufflé, ne peut se tenir assis sur son lit. Respiration irrégulière, très accélérée parfois, elle s'arrête complétement ensuite ; puis survient un soupir, et la respiration recommence, calme et régulière. Il reste couché sur le dos, l'œil vague, comme dans une rêverie. Il n'a pourtant pas la stupeur des typhiques. Mouvements d'impatience fréquents ; saute dans son lit, agite bras et jambes. La langue est humide et blanche. Photophobie, légère injection oculaire ; adhésion des paupières à cause des mucosités ; pupilles normales. Légère surdité.

Peau sèche ; on a vainement essayé de le faire transpirer avec une infusion de gingembre.

Pouls dicrote : 72. Cœur dédoublé. Rien au poumon.

Tendance à la constipation ; ne va que par lavements. Altéré. Urine beaucoup : environ 2 litres. Douleur à la pression des deux hypochondres.

2.—Calme. Pouls 76. La tête est lourde ; vertige dès qu'il essaye de se remuer. Passe son temps à sommeiller. La respiration est toujours irrégulière comme hier. La langue est humide et blanche. Pas de bourdonnements d'oreilles. Cœur dans le même état. La fièvre descend progressivement. Température : soir, 37°.

Selles régulières, grâce au calomel ; sont molles, mais non liquides ; moins fétides.

3.—Se sent toujours très faible. Douleurs lombaires. Un peu de céphalalgie. Le pouls est plein : 76. Langue un peu blanche. Bourdonnements d'oreilles, par intermittences. Mal aux cheveux. Douleurs articulaires. Troubles oculaires ; a comme un nuage devant des yeux ; distingue mal les couleurs : dans la journée il voit nettement le rouge, vert et blanc d'une rosace du plafond ; mais le matin et le soir, les teintes se confondent. Un peu de photophobie.

Accuse des démangeaisons très vives sur toute la surface du corps. Il faut même qu'un infirmier le frictionne dans le dos.

Reste somnolent presque toute la journée ; rêvasse sans suite.

Le cœur est normal. Rien au poumon. Douleur à la pression de la rate. Selles semi-liquides, jaunes; cinq selles dans la journée et deux dans la nuit. Urine beaucoup. Prend facilement: lait, bouillon, Porto, limonade.

4.—N'a plus de fièvre, mais pourtant est très agité; mouvements d'impatience, bras, jambes, tête sont sans cesse agités. Va à la selle, grâce au calomel.

Pas de céphalalgie, ni photophobie; distingue nettement les couleurs.

Les démangeaisons et le mal aux cheveux ont cessé. A dormi un peu.

5.—Température 36°.6. Ne souffre pas, se sent faible, agité; mouvements d'impatience continuels.

Langue blanche et humide. Pouls plein et régulier: 72. Respiration plus régulière, mais les intermittences se montrent de temps à autre. A mieux ses idées, et plus de précision dans ses réponses. Pas de douleur à la pression abdominale.

Inappétence, dégoût pour les aliments: lait, bouillon.

Peu altéré, mauvais goût dans la bouche.

Le temps est orageux, et l'après-midi est particulièrement agitée.

Ventre ballonné, coliques sèches. Un peu soulagé en allant à la selle.

6.—Pouls 88. Langue blanche, bouche amère, inappétence. Malaise qu'il ne peut définir et impatiences. Pas de météorisme. Légère douleur à la pression de la fosse iliaque droite. Cœur normal; le deuxième bruit pulmonaire a perdu son timbre éclatant.

Va toujours à la selle par purgatif. Ce matin des matières liquides étaient mêlées aux scybales. Quand il reste un jour sans aller à la selle, le malaise augmente; coliques, bouffées de chaleur, plus agité.

7.—Langue blanche et humide. Pouls fort: 76. Bouche mauvaise. Pas d'appétit.

9.—Somnolent. Souffre un peu des gencives (stomatite mercurielle par calomel dont il prend presque tous les jours 0.40). Langue blanche, enduit épais. A vomi hier et ce matin. Les vomissements sont surtout formés par du lait coagulé. Dégoût d'aliments. N'a envie que de fruits. On lui donne: pruneaux, compotes, œufs crus.

La face est calme. Inégalité pupillaire. Pouls 80, plein.

11.—Moins somnolent; figure moins abattue. Peu d'appétit. Langue encore blanche. Pupilles égales. Pouls 80.

Stomatite assez forte. Suppression du calomel. Gargarisme chloratés et 4 gr. de chlorate à l'intérieur.

13.—Il y a un mieux très manifeste. L'abattement est à peine marqué. Se lève un peu depuis deux jours. Pouls 72. Peu d'appétit. La stomatite a beaucoup rétrocédé.

Souffre de ballonnement de ventre. Nausées rares et cessent après l'ingestion de bicarbonate de soude. Pas de vomissement. Un peu de constipation. A pris hier un léger purgatif salin dont l'effet ne s'est produit que 24 heures après.

Commence aujourd'hui l'alimentation solide: viande de poulet et viande crue.

14.—Quand il a mangé, il accuse de la pesanteur dans l'estomac. La langue est belle, bouche moins amère. Pouls 74, calme et régulier. Dort mal. Est resté levé deux heures et est sorti 10 minutes. A été pris de frissons en rentrant; cependant il n'y a pas d'élévation de température.

17.—Se sent bien; a mangé 13 œufs hier, bouillon, lait et vin; la reprise de l'alimentation solide ne s'est pas accompagnée d'élévation de température. Il dort assez bien. Se lève une grande partie de la journée et n'en est pas trop fatigué. Pouls 72. Selles assez régulières.

Depuis le début de sa convalescence, il accuse des douleurs articulaires dans les doigts, poignets, jambes. Légère surdité. Faiblesse de jambes. Un peu de vertige. Reste debout six à sept heures. Peu d'appétit. Constipation légère. Urine, quantité normale. Pas de gêne du côté du cœur. Pas de palpitations.

Quitte l'hôpital le 25.

3 juin.—Depuis sa sortie de l'hôpital se sent toujours faible. Très peu d'appétit. Le teint est pâle, blafard, un peu comme celui des Brightiques. Pas d'albumine dans l'urine.

Se sent fatigué, surtout le matin au réveil. Douleurs dans les mollets et les reins. Dort assez bien.

Presque tous les matins il est réveillé vers 2 à 3 heures par des coliques sèches assez douloureuses. Fait peu. Constipation légère. Gaz sentant mauvais.

15.—Est très bien; la chute des cheveux commence.

Observation VI.

Frère Émilien (métis franco-japonais), né à Tientsin, âgé de 20 ans, de la Mission de Cha-la-eul.

Début le 13 mai par céphalalgie et un peu de fatigue. Quelques nausées. La fièvre ne commence que le 15 pendant la nuit.

16.—Au réveil, céphalalgie, vertige, bourdonnements d'oreilles, nausées. Il dort bien pendant la nuit.

17.—Entre à l'hôpital et prend aussitôt un purgatif. Céphalalgie. Bourdonnements. Température 39°.4; il prend 0.50 de quinine à midi et 0.25 à 1 heure. Surdité. Reste couché toute la journée et se plaint seulement de céphalalgie. Dort très mal. Transpiration abondante. Quelques filets de sang quand il se mouche.

18.—Stupeur légère. Surdité assez intense. Souffre de tête, reins, jambes (surtout de la gauche) et des articulations du coude. Épistaxis. Langue blanche, chargée. Pas de photophobie, pas d'injection oculaire. Peau moite. Pouls 128, petit et un peu dicrote.

Éruption commence à paraître: quelques taches sur poitrine, ventre et avant-bras.

Rate un peu grosse, douloureuse à la percussion. Région hépatique sensible.

Cœur: bruits précipités. Diarrhée: claire comme de l'eau, jaune, fétide. Gorge rouge et luisante. Stomatite légère. Odeur fade et désagréable.

19.—Éruption peu apparente à cause du rash consécutif à la transpiration abondante. Céphalalgie. Surdité. Diarrhée. Pouls 140.

20.—Langue blanche et humide. Pas de céphalalgie, mais vertiges quand il se lève ou s'assied. Pas de photophobie. Surdité et bourdonnements d'oreilles.

Éruption: quelques taches dans la paume de la main. Quelques taches peu abondantes sur la poitrine, le ventre et avant-bras. Du reste la teinte de la peau est marron clair et de plus

OBSERVATION VI.

elle est chagrinée par une variole antérieure, ce qui rend l'éruption plus difficile à constater Pas d'éruption sur les jambes.

Rate et foie douloureux à la pression.

Cœur fœtal.

Gargouillements et borborygmes iliaques; quelques nausées; selles liquides, jaunes, pas très fétides, très fréquentes; tous les quarts d'heure pendant la nuit. Quelques tranchées (a pris 15 gr. de sulfate de soude). Épistaxis. Transpiration à odeur fade, écœurante. Rien au poumon. Souffre de la gorge. Gêne dans l'articulation des mots.

Urine très peu. Pas d'albumine; 16 gr. d'urée par litre.

Potion à l'extrait mou de quinquina, 0.30 digitale. Lavement froid phéniqué.

À midi, assez calme, malgré température à 40°.4. Aphasie transitoire, pendant trois à quatre heures. Les lavements phéniqués ne produisent pas de baisse de température; il y a même une légère exacerbation. Le premier lavement a été suivi d'une abondante débâcle de matières noirâtres à odeur extrêmement fétide. La sécrétion d'urine augmente. Dans la soirée, selles nombreuses, peu abondantes, absolument jaunes, liquides. Légère épistaxis.

Nuit assez calme. Dort. Transpiration abondante et fétide.

21.—Langue humide. Vertiges. Bourdonnements. Surdité. Peau moite. Peu de trouble dans la vue. Pouls petit et rapide: 136. Dyspnée: 44; respiration courte, précipitée et irrégulière. Température 39°.5. Lombalgie. Douleurs musculaires dans les bras et mollets.

Éruption n'a pas fait de progrès; quelques taches roses, violacées, très nettes sur poitrine et abdomen. Quelques-unes sur le dos et la paume des mains.

Palpation abdominale douloureuse. Gargouillements. Rate peu augmentée, mais douloureuse. Foie sensible, ne déborde pas les fausses côtes.

Cœur est toujours fœtal. Pas de bruits anormaux. Très légère congestion pulmonaire à droite et en arrière.

0.30 digitale, 1 gr. salol. Deux lavements phéniqués.

Après-midi calme. Souffre de la gorge. Crache et tousse. Ne dort pas très bien la nuit: délire, loquace. Coliques; selles assez nombreuses, jaunes et odorantes.

22.—Langue large, humide et blanche. Injection oculaire et photophobie légère. Pouls 132. Température 40°.

Tête lourde et vertiges quand il remue. Éruption stationnaire. Dyspnée: 48. Légère congestion base et arrière.

Douleur assez vive à la pression des deux hypochondres et du foie.

Les muscles abdominaux sont tendus et gênent l'exploration par le palper.

Quelques soubresauts tendineux et musculaires.

Cœur fœtal, bruit de galop à la base. Urine peu abondante, foncée en couleur.

Légère surdité et bourdonnements. Gorge un peu rouge.

Prend: lait, bouillon, jaunes d'œufs, salol et digitale.

Peau moite. Peut se mouvoir et s'asseoir seul.

23.—A transpiré toute la nuit dernière et la matinée jusqu'à midi. Douleurs gastriques (constriction). Tousse et crachats légèrement rouillés. Urine peu, 600 à 700 gr., rouge et

chargée. Transpiration très abondante. Il faut le changer deux fois. Température élevée toute la journée : 39°.6 et 40°.

Les lavements froids n'amènent pas une baisse de température, mais une diarrhée assez abondante. Cessation de la digitale.

24.—Peau brûlante et moite. Pouls plein, un peu dicrote : 126. Dyspnée : 48. Photophobie. Fuliginosités sur les lèvres ; langue large et blanche. Figure rouge et chaude ; oreilles froides.

Abattu. Surdité. Angine légère.

Éruption de moins en moins apparente ; quelques taches sur le cou ; plus rien sur des bras et avant-bras. Rate peu volumineuse, sensible à la pression ; idem pour les hypochondres. Pas de parésie vésicale.

Selles jaune-clair, liquides ; va surtout après les lavements et un peu de sulfate de soude, 12 à 15 gr. Gargouillements et borborygmes.

Douleurs au creux épigastrique dès qu'il a pris quelque chose. Cœur un peu fœtal. Légère congestion pulmonaire. Nuit agitée.

25.—Air très typhique ; langue légèrement sèche ; quelques fuliginosités sur les lèvres. Surdité. Céphalalgie légère. Nausées. Épistaxis. Peau sèche. Pouls 108. Urine très peu. Respiration douce, mais rapide : 44.

Quelques petites taches à teinte pétéchiale, s'effaçant en partie sous le doigt.

Palpation abdominale moins douloureuse ; douloureuse surtout à droite maintenant. Plus d'éruption.

Sensation de brûlure au creux épigastrique : 4 gr. de bicarbonate de soude.

Trouble de la vue : nuage.

Cœur : souffle assez rude dans le quatrième espace intercostal gauche, commençant un peu après le premier bruit (péricardite ?). Léger souffle aortique au premier bruit. Reprise de digitale.

Poumon : même état.

S'alimente assez bien : bouillon, lait, vin, deux jaunes d'œufs.

Vers midi, ténesme vésical, avec impérieux besoin d'aller. La retention dure jusqu'à 5 heures. À ce moment, il urine seul. Nuit très agitée. Crache beaucoup. Épistaxis légères ; un peu de sang chaque fois qu'il se mouche.

26.—Journée passable ; fait sous lui à plusieurs reprises (a pris 15 gr. de sulfate de soude). Abattu. Surdité considérable. La fièvre commence à tomber.

27.—A l'air moins abattu. Se sent mieux. Œil plus vif ; légère photophobie. Surdité nécessitant de crier, et encore il n'entend pas ou très mal. Bourdonnements d'oreilles. Rougeur de pommette droite. Langue large, humide et un peu blanche. Pouls 100, plein. Peau chaude et un peu sèche.

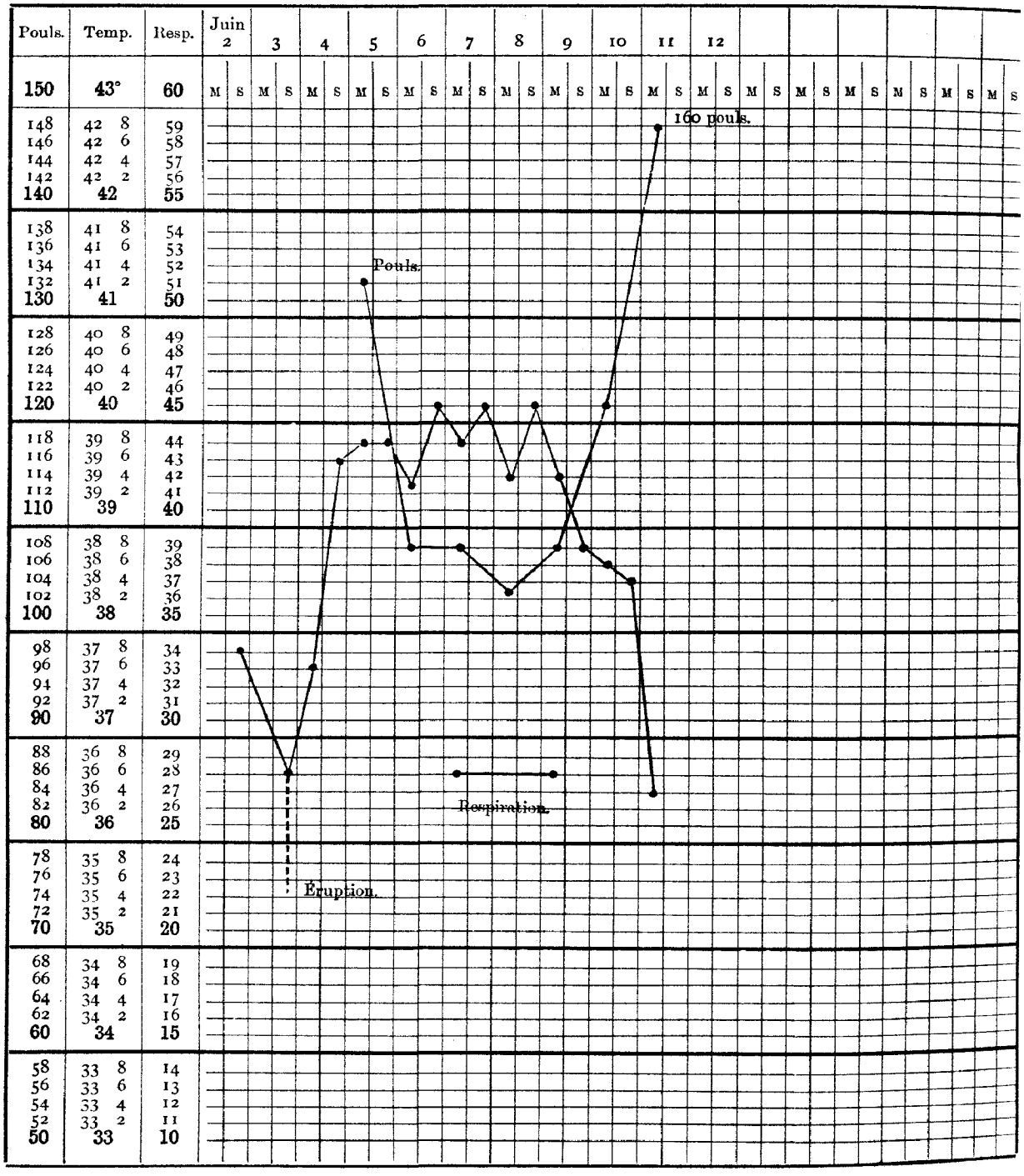
Bruits du cœur bien frappés ; frottement péricardique au premier temps, s'entendant surtout dans le quatrième espace.

Palpation abdominale très peu douloureuse. Rate semble très peu augmentée.

Selles fréquentes, liquides, jaunes. Urine bien.

Congestion pulmonaire plus marquée.

OBSERVATION VII.



Après-midi bonne. Dort bien pendant la nuit.

28.—Calme; figure reposée. Peau fraîche; pouls plein: 84; cœur idem. Le frottement est moins sensible.

Palpation abdominale pas douloureuse. Léger météorisme; pas de gargouillement. Quantité d'urine augmentée. Suppression de digitale qu'il prend depuis trois jours.

Prend tous les deux jours 10 gr. de sulfate de soude.

Toute la nuit, transpiration abondante. Il a fallu le changer à plusieurs reprises. Les extrémités se sont refroidies vers 10½ heures; le pouls était tout petit. Aphasie transitoire.

29.—Ce matin il est très calme; figure reposée. Sa langue est belle. Pouls 84. Peau très moite; ne se plaint de rien. Surdité diminue. Cœur normal; plus de frottement.

30.—Bonne journée; constipation qui ne cède pas à 15 gr. de sulfate de soude. Bons effets d'un lavement.

31.—Très calme. Peau fraîche. Pouls 80. Langue large, rose et humide. Obnubilation de la vue. Légère surdité. Petites épistaxis. Commence l'alimentation solide: œufs durs, blanc de volaille, pain.

1er juin.—Ne souffre pas; se sent fatigué. Dort bien. Appétit qui le réveille; mange toutes les deux heures. Digère bien; un peu de constipation: pilules d'aloès et scammonée.

Vue encore trouble. Surdité persiste.

3.—Peau moite; se sent très bien; très appétit. Langue belle. Pouls petit et rapide: 108. Rien au cœur. Palper abdominal non douloureux. Urine beaucoup. Pas très altéré. Se lève depuis deux jours pendant deux heures.

25.—Cheveux commencent à tomber.

OBSERVATION VII.

Sœur CÉCILE, née à Montbrison (Loire), agée de 39 ans; en Chine depuis neuf ans, de la Mission de Cha-la-eul.

Début le 28 mai, par courbature, céphalalgie légère, abattement, pas d'appétit.

29.—Malaise continue. Transpire beaucoup la nuit et se trouve mieux la journée du 30.

31.—Beaucoup plus fatiguée. Se plaint de la tête. Langue chargée. Nuit agitée.

1er juin.—Ne se lève pas de la journée; très fatiguée. Prend dans la matinée un purgatif qui fait beaucoup d'effet et amène amélioration. Nuit assez bonne.

2.—Se lève un peu dans l'après-midi. Léger mouvement fébrile, 37°.8, le soir. Dort mal. Nuit agitée.

3.—Éruption commence à paraître sur la poitrine, le cou, les avant-bras, les dos des mains. Journée bonne; est gaie; veut même se lever. Température 36°.6. Nuit assez calme, interrompue par de brusques réveils et des cauchemars.

4.—La matinée est assez bonne. Se sent fatiguée; ne se plaint de rien. Elle parle assez volontiers, mais toujours de sujets particulièrement tristes. À partir de midi, elle devient triste. Elle parle encore un peu, mais ses idées sont noires. À partir de 5 heures, elle cesse complétement de parler, et reste les yeux fixes, indifférente à tout ce qui passe autour d'elle. On a beau

l'interroger, elle ne répond pas. La nuit a été mauvaise. Vers 1 heure du matin, la figure est tirée, les yeux vitrés, les dents crochetées; la respiration avait de longs arrêts. Le pouls était filiforme. Cet état semi-comateux cesse au jour. Mais elle ne parle pas.

5.—Je vois la malade à $7\frac{1}{2}$ heures, assise sur son séant, soutenue par des oreillers; la figure est immobile, les yeux regardant vaguement au loin. Elle a l'air d'une lipémaniaque.

Elle reste indifférente aux questions qu'on lui pose, et ne semble même pas les entendre. Avant mon arrivée, elle a, à deux reprises, articulé quelques mots incompréhensibles de français mélangé de chinois. Les mains reposent sur le lit, croisées; ou bien, de temps à autre, elle tient un bout de son drap, dans l'attitude de la couture. La face est très congestionnée. Elle ne fait aucun geste, si ce n'est celui de ramener son drap, quand nous découvrons sa poitrine pour l'ausculter. Les lèvres, les dents et la langue sont fuligineuses. Température 39°.7. Pouls filiforme: 132. La peau est moite.

Quand nous découvrons la malade, nous constatons une éruption de taches, rose violacé, assez confluentes, occupant la poitrine et le cou. Sur le ventre, les taches, de dimensions plus considérables et régulières, ont une teinte rosée; elles disparaissent sous la pression. Le dos des mains et des bras est le siége d'une éruption assez abondante, de petites taches roses, punctiformes. Une à deux taches dans la paume des mains. Dans le dos, l'éruption est moins confluente. Rien sur les cuisses et les jambes, sur le dos et le cou de pied. Éruption punctiforme, en piqûres de puce, violacées, ne disparaissant pas sous le doigt. Veinosités très marquées.

Le cœur est bien frappé. Légère congestion pulmonaire. Rate et hypochondre peut-être un peu sensibles, car la malade fait un léger mouvement quand on presse très fort. Gargouillement à droite.

Deux lavements phéniqués. Acétate d'AzH^3 et extrait mou de quinquina, 0.30 de digitale. Elle ne garde que le premier lavement qui produit la transpiration et miction abondante. Impossible de lui faire prendre l'acétate d'AzH^3. Prend un peu de digitale dans du café.

Elle reste dans un état de stupeur complète jusqu'à 4 heures. Vers 5 heures, elle commence à prononcer quelques mots vagues et quasi-délirants. À 6 heures, ses idées sont plus lucides et elle parle. La première partie de la nuit est calme; deuxième partie, jusqu'à 6 heures du matin, très agitée.

Selles très fréquentes, horriblement fétides, précédées de coliques très violentes. Ce sont plutôt des coliques sèches, siégeant surtout à droite et que calment un peu les évacuations. La défécation n'est pas douloureuse.

Pas de nausées, pas de vomissement. Apparition des règles.

6.—Ce matin elle est calme, répond bien à mes questions, mais ne se souvient de rien de ce qui s'est passé hier; ne se rappelle pas m'avoir vu. La figure est stupide, les pommettes très rouges, lèvres et dents fuligineuses, langue sèche et accolée contre le palais. Très altérée. La voix est faible et parler la fatigue vite. Peau moite; pouls petit: 108. Respiration calme: 28.

Éruption moins marquée; a diminué de teinte; les taches sont plus pâles; rose violacé, disparaissant sous la pression du doigt. Celles du cou sont à peine visibles; idem sur bras et dos. À la naissance de la nuque, sorte de rash rouge-violacé, large comme la main. Sur le dos du pied, les veinosités ont disparu. Il reste encore un piqueté ecchymotique très léger, ne

disparaissant pas sous la pression. Palpation abdominale douloureuse, à droite surtout : peu sur la rate. Pression des mollets très douloureuse. Rate ne paraît pas augmentée. Cœur normal. Légère congestion pulmonaire. Parésie vésicale.

Urine rouge, dense et chargée : 13½ gr. d'urée par litre. Traces d'albumine.

7.—Lourdeur et céphalalgie. Douleurs dans les mollets : crampes et fourmillements. Douleurs dans les bras, reins, au moment où la fièvre s'allume.

Lavement phéniqué, suivi d'une débâcle abondante, noire, fétide.

La fièvre s'allume vers midi et demi ou 1 heure ; il y a quelquefois des frissons avec claquements de dents.

8.—Figure assez calme, congestion des pommettes ; figure chaude, oreilles froides. Lèvres, dents, langue sont fuligineuses. Pouls assez plein : 104. Éruption a disparu sur la poitrine ; quelques taches rosées restent sur le ventre ; plus d'éruption dans le dos ; disparition du rash de la nuque.

Cœur : premier bruit bien marqué ; premier bruit pulmonaire un peu râpeux. Dédoublement du deuxième bruit très intermittent.

Palpation de l'abdomen douloureuse, surtout à droite ; gargouillements.

Rate sensible à la pression, ne paraît pas augmentée de volume.

Pas de météorisme. Légère congestion à droite et arrière. Urine très peu.

Après-midi assez bonne ; prend toutes les heures : lait, bouillon, champagne.

Délire tranquille à idées très variables ; nuit agitée. Transpire peu. Urine très fréquemment ; peu d'urine à chaque miction.

9.—Matinée assez calme jusqu'à 8 heures. À ce moment, après un mouvement d'agitation, elle tombe dans un état de torpeur très profonde ; fait sous elle, par les deux bouts. Des glaires lui sortent incessamment de la bouche ; les yeux se vitrent, le pouls faiblit.

Je la vois à 5½ heures : figure légèrement congestionnée ; yeux fermés, immobilité du sommeil. Respiration assez calme : 28. Pouls assez plein : 108. Répond assez bien aux questions. Pas de douleurs localisées, mais abattement et faiblesse générale. Photophobie légère. Bourdonnements d'oreilles, légère surdité.

Gorge sèche, langue collée par les mucosités, gêne de l'articulation. Langue noire au milieu, humide sur les bords.

Cœur dans le même état. Urine claire et abondante.

Quand on essaye de lui faire prendre quelque chose (champagne), elle absorbe deux à trois cuillerées, qu'elle rend ensuite par regurgitation. Elle dit qu'il lui semble qu'elles s'arrêtent dans la gorge. Probablement : spasme de l'œsophage.

Une piqûre d'éther et de caféine.

La fin de la journée est assez bonne. Elle repose la première partie de la nuit. À partir de 2 heures, délire, veut se lever et partir. N'a pas transpiré pendant la nuit. Urine peu et très chargée. Carphologie.

10.—Vers 7 heures du matin, elle est très agitée. À 8 heures, elle tombe en prostration qui fait des progrès rapides. Extrémités commencent à se refroidir et se cyanoser. Température 38°.6.

À 9½ heures, quand je la vois, elle est stupide, les mains inertes ou prenant de temps à autre son drap comme pour coudre. Elle ne répond pas aux questions qu'elle entend toutefois; ou bien, elle ne répond que par monosyllabes. Il faut une excitation violente faite par la voix, ou une piqûre de caféine, pour la tirer momentanément de sa torpeur.

Les mains ne sont plus froides, mais les pieds le sont encore.

Langue large, humide, noire en son milieu. Respiration calme. Pouls 120, petit. Semble ne souffrir de rien. Un peu de photophobie, mais pas la moindre injection oculaire. Ne peut rien avaler. Prescription d'un lavement nutritif, avec jaune d'œuf et bouillon.

Elle reste dans cette torpeur durant toute l'après-midi. Vers 7 heures, les extrémités commencent à se refroidir. Pendant la nuit, dyspnée, râle, cyanose et refroidissement des extrémités. Ne peut rien absorber.

11.—À 7½ heures, cyanose des extrémités; refroidissement et anesthésie. Yeux creux et vitrés; ne répond plus aux questions. Transpiration froide, visqueuse et très abondante. Température 36°.5. Incontinence d'urine.

Soubresauts tendineux, carphologie.

Pouls filiforme: 160; inutilité des piqûres d'éther et de caféine.

Meurt à 9½ heures.

Observation VIII.*

Tchang, fumeur d'opium, 24 ans, charretier, originaire du Chansi, se présente le 1er mai à ma consultation de la Légation, se plaignant de fièvre, courbature, malaise général depuis cinq jours. La température est 40°.4. La langue est sèche, rouge; et il porte sur la poitrine et l'abdomen une éruption assez confluente de taches rosées. Envoyé à l'hôpital, où on lui donne 0.60 de calomel.

2.—Il prétend s'être refroidi il y a six jours, et depuis ce moment, le malaise, fièvre, céphalalgie, photophobie ont fait des progrès. Il ne donne que des renseignements vagues, et ne peut préciser la date d'apparition de l'éruption.

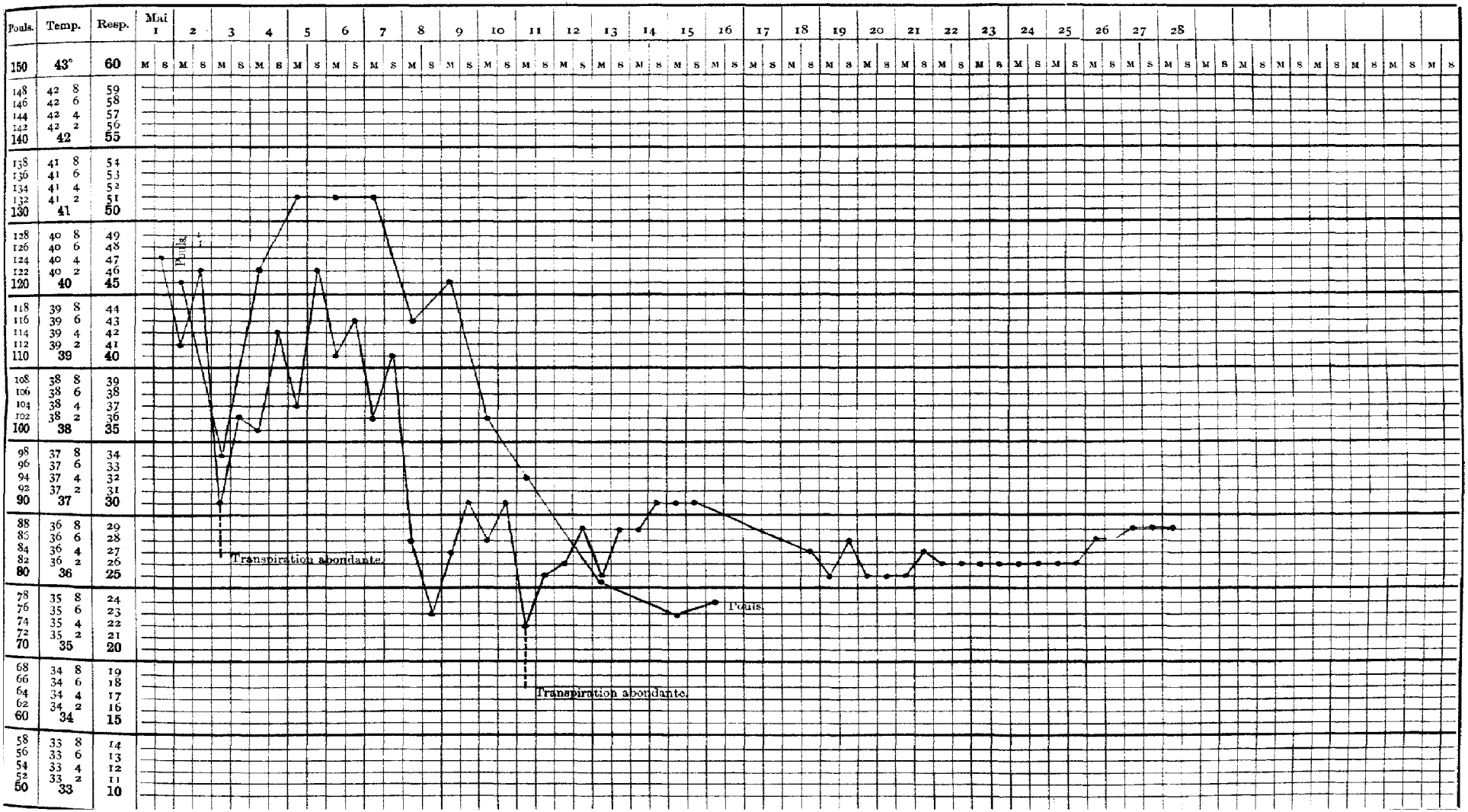
Ce matin il se plaint de céphalalgie, photophobie, lombalgie; douleurs dans les jambes. La langue est blanche et sèche. Les lèvres sont sèches et un peu fuligineuses. Pouls 120. Température 39°.8. Rien au cœur. Foie un peu douloureux, non augmenté. Pression abdominale douloureuse à droite et surtout à gauche. Pression sur la rate douloureuse; diamètre: 12 × 10 cm. Éruption: ventre, thorax, quelques-unes dans la paume des mains et avant-bras. Elle est moins marquée qu'hier. Quelques taches à la face interne des cuisses. Celles de l'abdomen sont très confluentes; elles sont un peu pâles maintenant, mais rappellent tout à fait comme aspect et dimensions les taches rosées. Éruption très confluente dans le dos; en avant, comme en arrière, ne dépasse pas la naissance du cou. Éruption à la face postérieure du bras.

La tête est très chaude et les oreilles froides.

Ronchus et sibilances dans toute la poitrine, en avant comme en arrière. Malgré le thermomètre à 40°, il marche seul pour aller à selle. Transpiration très abondante dans l'après-midi.

* Bien que ce travail ait surtout en vue le "Typhus des Européens," nous avons cru bon d'intercaler, ici, l'observation d'un malade chinois.

OBSERVATION VIII.



3.—Se sent mieux ce matin. La transpiration très abondante dans la soirée et la nuit amène une baisse de température. Température 37°. Pouls 98. Deux selles diarrhéiques hier; deux ce matin, par calomel.

Vertiges quand il se lève ou s'assied. Troubles de la vue, brouillards. Bourdonnements d'oreilles, un peu de surdité. Pas de douleurs lombaires.

La langue est un peu sèche. Rien au cœur. Congestion pulmonaire, à gauche surtout. Tousse: crachats blanchâtres. Ronchus des grosses bronches.

L'éruption a notablement diminué; sa coloration est moins foncée. Dans le dos elle est presque totalement effacée. Sur le ventre, les épaules, elle est marquée par un piqueté moins rose.

Pression de la rate très douloureuse.

Urine très peu, pas d'albumine.

Dans l'après-midi, bien que température ne soit pas très élevée (38°.2), il se plaint de chaleur; la figure est congestionnée.

4.—La journée est bonne. Température: matin, 38°; soir, 39°.4.

5.—Ce matin la tête est lourde: photophobie, conjonctives injectées, œil luisant; un peu de surdité, léger bourdonnements d'oreilles. Très altéré. Pouls rapide et dicrote: 132. A transpiré dans la nuit et la matinée. L'éruption a disparu sur beaucoup de points du thorax et abdomen, mais par places (autour du mamelon, parois latérales) elle a une teinte un peu violacée, et quelques taches présentent même un petit centre ecchymotique ne disparaissant pas sous la pression du doigt. La respiration est assez calme: 28, un peu irrégulière parfois. Un peu de dyspnée quand il se lève pour aller à la selle. A les crachats un peu gommeux et rouillés: stomatite mercurielle qui débute. Un peu de douleur à la pression sur le foie. La rate est grosse, douloureuse et déborde de 3 à 4 cm. les fausses côtes. Agité dans l'après-midi. Température 40°.2. Bourdonnements d'oreilles. Vertiges. Ni vomissement ni nausées. Deux selles dans l'après-midi, et une dans la nuit. Dort assez bien. Figure congestionnée et brûlante; oreilles froides.

6.—Langue rouge, humide. Pas de photophobie; œil brillant, très injecté, écoulement muco-purulent dans l'angle interne. Quelques fuliginosités sur les lèvres.

L'éruption est à peu près comme hier, sauf sur la poitrine où elle a encore diminué. La teinte pétéchiale des taches siégeant autour du sein est moins violacée. Les taches punctiformes, rouge-violet de la face interne du bras et du pli du coude disparaissent sous la pression.

Cœur fœtal. Surdité, bourdonnements d'oreilles, vertiges, quand il se lève. Rate volumineuse et douloureuse à la pression; idem pour foie. Ronchus disséminés dans la poitrine. Crachats blancs aérés. Gorge très rouge. Très altéré. Pas d'albumine.

7.—Œil très injecté; muco-pus. Pouls plein: 132. Rien au cœur.

Langue rouge et sèche, râpeuse par desquamation épithéliale.

Pas de céphalalgie. Lombalgie. Photophobie.

Tousse, et les secousses de la toux le fatiguent.

Éruption devient de plus en plus pétéchiale: piqûres de puces.

Rate volumineuse, douloureuse à la pression. Douleurs musculaires. Urine peu. Très altéré. 0.50 de digitale.

8.—Se sent mieux; mais le visage reste en stupeur, immobilité des traits, indifférence à tout ce qui se passe.

9.—Langue rouge, écarlate dans le bout, plus blanche en son milieu. Lèvres un peu fuligineuses. Œil à peine injecté; pas de photophobie. Peu de surdité, pas de bourdonnements. Pouls 120.

Éruption: il ne reste que quelques taches violacées, ne disparaissant pas complétement sous la pression. Sudamina nombreuses sur la poitrine; a transpiré toute la nuit et dans la matinée; odeur infecte, analogue à celle de son haleine.

Se plaint de courbature. Selles diarrhéiques (calomel).

Rate toujours douloureuse. Foie normal, non douloureux.

Crache beaucoup: crachats rouillés et gommeux (stomatite mercurielle).

11.—Transpiration abondante la nuit et matinée. Thermomètre descend à 35°.4 (bouche et aisselle). Pouls petit, dicrote: 94. Langue rouge, humide, un peu tremblante. Quelques bourdonnements d'oreilles et légère surdité.

Va bien du ventre, selles liquides noires (comme toutes celles des fumeurs d'opium). A souffert tous ces jours derniers de manque d'opium; il faut lui donner par jour 0.10 de morphine par l'estomac.

Éruption a totalement disparu de poitrine et abdomen. Sudamina nombreuses.

Cœur: bruits sourds, mais normaux.

Respiration soufflante, submatité à gauche et arrière; congestion pulmonaire.

12.—Reste en stupeur toute la journée. Yeux très injectés. Transpire beaucoup. Sudamina abondantes sur la face.

13.—Reste constamment plié dans ses couvertures. Odeur infecte. Langue belle. Gingivite mercurielle douloureuse.

Un peu de lourdeur de tête. Légère surdité. Tousse un peu et crache.

Œil non injecté. Pouls plein et régulier: 80.

Sudamina nombreuses sur le thorax et surtout abdomen.

Rien au cœur.

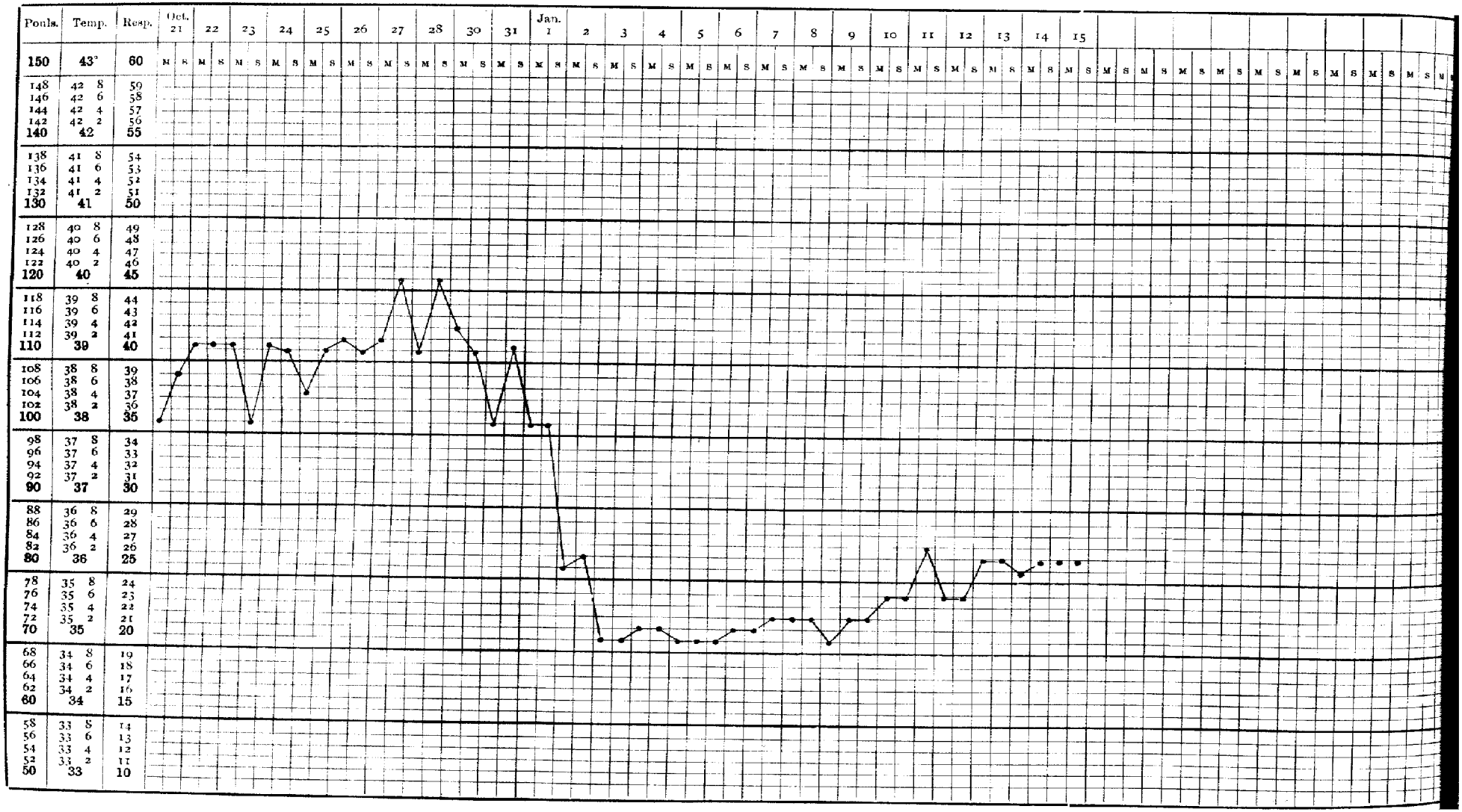
Rate diminuée de volume, moins douloureuse à la pression. Ventre souple, selles régulières.

A commencé à manger un peu de riz.

15.—Se sent bien et se lève. Souffre de sa stomatite. Palpation et pression abdominales non douloureuses. Rate revenue à la normale; on ne la sent plus déborder les fausses côtes. Cœur normal. Pouls 76. (Traitement au début: calomel, acide salicylique (pas d'effet); lui-même prenait alimentation très légère et buvait de l'eau chaude.)

25.—Parfaitement guéri. Se sent seulement un peu de faiblesse dans les jambes. Quelques vertiges, surtout quand il passe brusquement de la position horizontale à la verticale. Quelques brouillards devant les yeux. Légère sensibilité de la rate à la pression; celle-ci a repris ses dimensions primitives.

OBSERVATION IX.



OBSERVATION IX.

Sœur ANGÈLE, 24 ans, née à Hongkong. Sa famille, depuis plusieurs générations, habite la Chine. Santé assez délicate. Est à Pékin depuis six mois.

Début le 19 octobre, à 3 heures du matin. Elle se réveille avec la fièvre, frissons, chaleur, sueurs, et un très violent mal de tête. Dans la journée elle se plaint de céphalalgie, de courbature, d'inappétence, d'état fébrile. Elle dort assez bien.

20.—Prend le matin de l'huile de ricin. Cinq selles diarrhéiques. Souffre de la tête toute la journée, spécialement le matin, vers 11 heures; puis dans l'après-midi céphalalgie gravative et lancinante. Nuit pas très bonne.

21.—Se lève à 11½ heures. Figure un peu rouge; œil brillant; air un peu abattu. Les yeux étaient vers 7 heures assez injectés, ne le sont pas maintenant. Pas de bourdonnements d'oreilles. Elle souffre beaucoup de la tête. Céphalalgie en casque et gravative. Un peu de photophobie. Douleurs musculaires dans les mollets et les reins. Sensation de chaleur rétro-sternale. La langue humide est recouverte d'un épais enduit blanc jaunâtre. Inappétence; soif assez vive.

Quelques coliques; n'est pas allée à selle depuis deux jours. Palpation abdominale négative.

Elle tousse un peu. Rien au poumon. Deuxième bruit de l'artère pulmonaire un peu éclatant. Pouls 112.

Peau légèrement moite.

Émeto-cathartique. 0.75 acide salicylique, lait et bouillon.

Le purgatif produit beaucoup d'effet, mais elle souffre de la tête toute l'après-midi. Nuit assez bonne.

22.—À 9½ heures du matin, la figure est très congestionnée. Pouls plein: 120. La langue commence à se sécher. La pression sur la rate et le foie est douloureuse.

Cœur: premier bruit pulmonaire légèrement soufflant.

Photophobie. Peu de bourdonnements. Céphalalgie, surtout à partir de 11 heures du matin, lancinante, exagérée par le moindre mouvement. A un besoin violent de sommeil.

23.—Journée bonne. À 6 heures du soir, commence à être agitée, inquiète. Céphalalgie. S'assoupit et rêvasse. Dort seulement la moitié de la nuit. Selles diarrhéiques jaunâtres, odeur très fétide.

Urine très peu, pas d'albumine. Pas de transpiration; peau sèche.

24.—A eu la fièvre toute la nuit dernière, jusqu'à 6 heures du matin. N'a pas l'air très abattue. Répond bien. Œil très peu injecté; photophobie insignifiante. Bourdonnements d'oreilles. Quelques filets sanguinolents quand elle se mouche. Langue chargée, un peu sèche. Gorge amère, brûlante et sèche. Pas de fuliginosités. Très altérée.

Pouls 136. Cœur légèrement fœtal, pas de bruits anormaux.

Congestion pulmonaire légère.

Souffre de la tête, surtout la nuit et à la suite de mouvements. Les douleurs musculaires des jambes et des cuisses sont un peu moins fortes.

La pression dans les gouttières vertébrales est très pénible. Il en est de même pour la pression des muscles de la poitrine, surtout au niveau du sein gauche.

La rate, légèrement augmentée de volume, est très sensible à la pression.

Éruption: quelques taches très rares sur la poitrine; deux dans le dos; pas sur les bras; une dans chacune des paumes de la main. Température 39°.

25.—Journée pas trop mauvaise. Un peu agitée; selles nombreuses (a pris 0.20 de calomel). Pas d'épistaxis. Température: matin, 38°.8; soir, 39°.

26.—Souffre de la tête, des muscles, des articulations. Peut s'asseoir seule, mais ces mouvements exagèrent la céphalalgie. Photophobie. Bourdonnements.

La langue est sèche, quelques fuliginosités sur les lèvres. Pouls 128. Au cœur, un bruit de galop, à la base.

Poumon: congestion des deux bases.

L'éruption n'a fait aucun progrès. Température 39°.4.

27.—Journée bonne; s'alimente. Épistaxis légère. Température 40°.

28.—Souffre moins de la tête, sensation de vacuité. Hyperesthésie cutanée et musculaire. Liberté du ventre. Pouls 120, plein. Cœur bon, persistance du bruit de galop.

Congestion pulmonaire; tousse beaucoup, et crache un peu.

Pression sur la rate moins douloureuse. Photophobie atténuée.

Bourdonnements d'oreilles. Pas d'épistaxis. Pas d'albumine.

Vers 11 heures, la face se congestionne tous les jours; les deux pommettes deviennent très rouges. Il se fait comme une espèce de relief écarlate, limité par un liséré un peu plus foncé, rappelant l'érysipèle. L'éruption offre quelques taches nouvelles sur la poitrine.

Suppression de digitale; 0.03 d'extrait thébaïque pour la nuit.

29.—Journée bonne. A bien dormi. Température: soir (39°), moins élevée que celle du matin (39°.6), ce qui semble faire prévoir la défervescence.

30.—Température: matin, 38°. Calme. Se sent mieux. Pouls 112, plein. Tousse beaucoup. Langue moins sèche. Liberté du ventre facilement entretenue par calomel. S'alimente bien. Température: soir, 39°.4. Souffre moins de la tête. Photophobie plus forte.

31.—Amélioration notable; toute la journée, température reste à 38°. Tousse moins. S'alimente. Dort beaucoup.

1er janvier 1896.—Température: matin, 36°. Peau moite; se sent de mieux en mieux. Selles régulières. Dort et s'alimente. A vomi un peu dans la soirée.

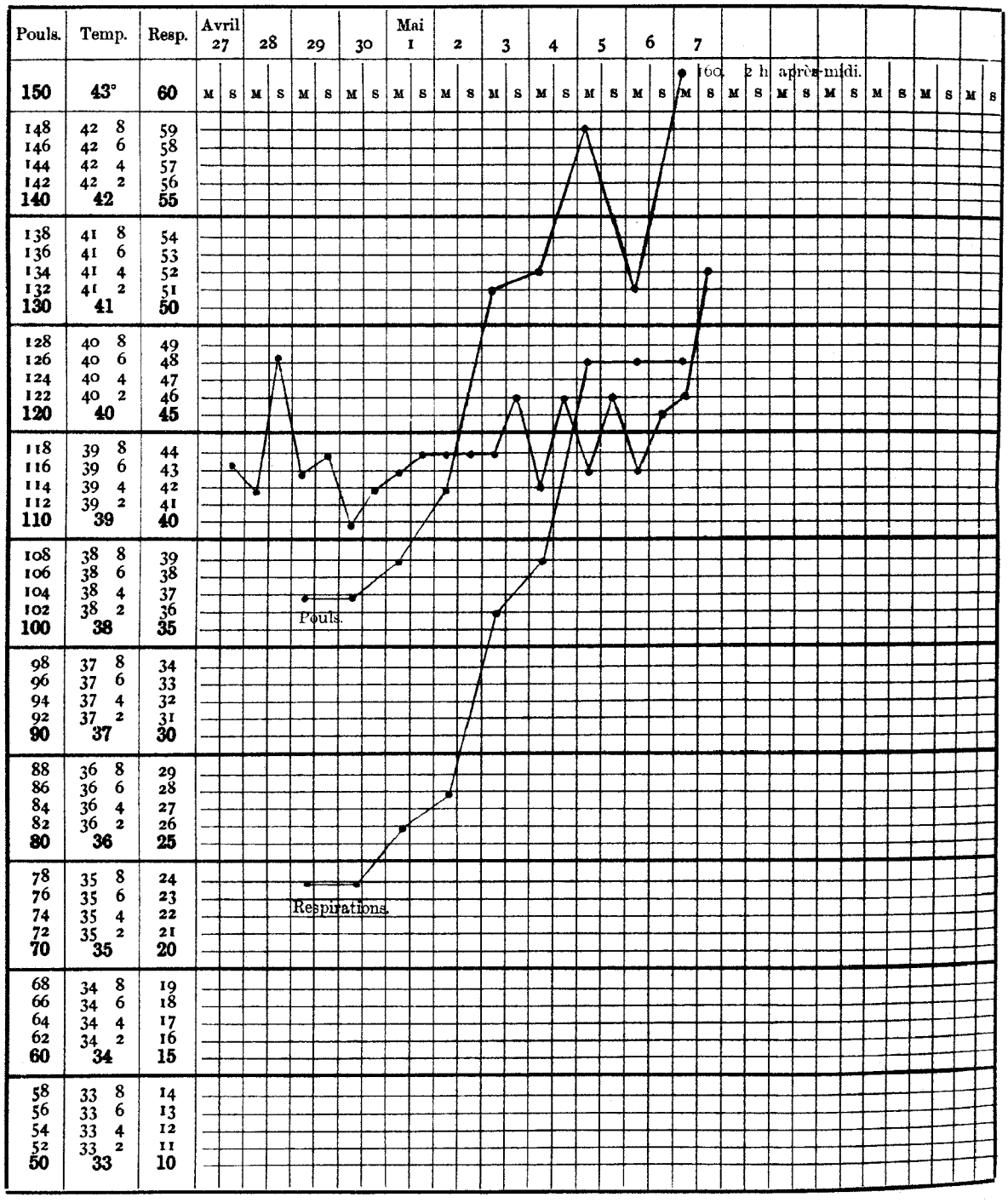
2.—Les selles sont bien liées. Bourdonnements d'oreilles persistent. Commence à être sourde. Pouls 68, plein et bien frappé. Cœur tout à fait normal.

3.—Alimentation solide commencée aujourd'hui. Pression sur la rate encore douloureuse. Température très basse: 35°.4.

5.—La température reste basse: 35°.4. Se sent bien, très appétit. A encore des bourdonnements d'oreilles; ne souffre ni de la tête, ni de photophobie. Selles régulières, moulées. Toujours impérieux besoin de sommeil. Pouls petit et lent: 64. Langue un peu chargée et noirâtre dans sa partie postérieure. Se lève quelques instants dans l'après-midi, mais se sent faible.

8.—Température reste basse: 35°.6. Pouls bien frappé: 64. La peau des mains est très sèche, rugueuse. La malade accuse des douleurs dans les articulations des mains et plus

OBSERVATION X.



spécialement dans les articulations métacarpophalangiennes. Douleurs aux pieds sont moins vives, si ce n'est au cou du pied.

10.—Persistance des douleurs des articulations des mains et des pieds. La peau des mains desquame par petites pellicules, dont quelques-unes ont un demi-centimètre carré. À la paume des mains, la desquamation a le caractère furfuracé ou pytiriasiforme, rappelant la desquamation de la rougeole. La peau des bras et des jambes, celle des pieds desquament très légèrement.

Température: matin, 36°.2; soir, 36°.5. Pouls 64, bien marqué. Dort bien. Très bon appétit. Les bourdonnements d'oreilles ont à peu près complétement disparu. Reste levée deux ou trois heures.

12.—Température 36°.5. Se sent moins fatiguée après être resté levée. La desquamation porte surtout sur les mains et les pieds. Quand elle se lave les mains, elle entraîne en s'essuyant de grandes quantités de pellicules qui forment un magma blanchâtre. Aux bras, la peau est sèche, et par grattage on en détache une desquamation pytiriasiforme. Rien au corps ni à la figure.

15.—Se sent très bien. Reste levée toute l'après-midi. Température 37°. Mange avec appétit.

Observation X.*

Frère Élie-François, 35 ans. A eu la rougeole dans son enfance; une bronchite à 20 ans; a souffert de palpitation de cœur à 18, 22 et 28 ans; variole légère à 26 ans. En Chine depuis trois ans, de la Mission de Cha-la-eul. Depuis un an, il se sent faible: abattement, céphalalgie fréquente, peu d'appétit.

Le 27 avril 1896 il commence à se sentir fatigué, céphalalgie, mouvement fébrile. Il peut, toutefois, aller faire une assez longue promenade dans l'après-midi; mais en rentrant, température 39°.7. Prend, en se couchant, une potion pour transpirer. Nuit agitée; sommeille mal.

28.—Purgatif salin, dans la matinée, qui fait beaucoup d'effet. À 8 heures, température 39°.4. Souffre de la tête, reins, jambes, bras; courbature générale. Vomit un peu.

Je le vois, dans l'après-midi, à Cha-la-eul. Abattu; souffre de la tête. Température 40°.6. Il se sent, toutefois, assez de force pour se rendre, en charrette, à l'hôpital, où il arrive à 6 heures. À ce moment, température 39°.7. Nuit agitée. Céphalalgie continue. Courbature augmente.

29.—Se sent très abattu. Céphalalgie, comme hier. Souffre de la gorge et tousse: expectoration jaunâtre, assez abondante. Pas de bourdonnements d'oreilles, pas d'épistaxis. Douleurs intra et circum-orbitaires; pas de photophobie. Pouls 104. Respirations 24.

Langue large, humide, un peu blanche. Peau moite. Palpation du foie, de la rate, est indolore. Léger gargouillement iliaque droit et gauche. N'est pas allé à selle depuis hier.

Bruits du cœur bien frappés. À l'artère pulmonaire: léger dédoublement et souffle un peu râpeux au premier bruit.

Gorge un peu rouge. Percussion et auscultation du poumon sont normales.

Prend 0.20 de calomel, à 1 heure. Selles nombreuses.

* Cette observation a été prise, à Cha-la-eul, un an après celles qui sont rapportées plus haut. Ce fut, dans l'année 1896, le seul cas de typhus observé sur des Européens.

Dans l'après-midi, la lombalgie augmente. Nuit pas très bonne; sommeil interrompu.

30.—À 8 heures du matin, la langue est large, blanche, humide. Céphalalgie augmente de violence: lancinante, surtout au sommet de la tête. Légère injection conjonctivale. Douleur de la gorge, comme hier.

Pouls 104. Respirations 24. Rate et foie non douloureux. Léger gargouillement à droite. Pas de douleur à la pression. Premier bruit de l'artère pulmonaire moins soufflant, mais le dédoublement est mieux marqué.

Pas d'albumine dans l'urine.

Dans l'après-midi et la première partie de la nuit, il est très agité. Céphalalgie très violente.

Quelques taches roses se montrent dans l'après-midi.

1er mai.—Tête brûlante, céphalalgie très forte. Injection oculaire plus marquée. Douleurs intra-orbitaires. Pas de bourdonnements d'oreilles; pas d'épistaxis. Langue large et blanche, un peu sèche. Bouche mauvaise; peu altéré. Courbature dans le même état qu'hier; souffre moins des reins et des mollets. Pouls 108. Respirations 21.

L'éruption, qui a commencé hier au soir, est encore peu abondante. Elle se voit surtout aux avant-bras et sur le dos de la main gauche; peu à droite; quelques taches sur la poitrine et le ventre. Leur teinte est rose-violacé. Pas de démangeaison.

Palpation abdominale non douloureuse. Rate non douloureuse. Cœur dans le même état; dédoublement pulmonaire plus net. Rien au poumon. A encore assez de force pour aller seul à la selle.

Après-midi agitée. Violente céphalalgie, surtout au sommet. Deux légères affusions froides à 4 heures et à 8 heures.

2.—A l'air fatigué; photophobie légère; se sent plus abattu, mais peut aller seul à la selle. A pris 15 gr. de sulfate de soude; selles nombreuses, diarrhéiques, noirâtres, ne sentant pas trop mauvais. Céphalalgie violente, lancinante, nécessitant la calotte de glace; hyperesthésie du cuir chevelu; la moindre traction sur les cheveux est douloureuse.

Pouls petit: 120. Respirations 128. Langue plus sèche. Surdité et trouble de la vue commencent. L'éruption s'est surtout développée aux flancs et au dos. Le cœur commence a avoir le caractère fœtal. Pression sur la rate un peu douloureuse. Foie non augmenté. Pas de gargouillement; pas de douleur à la pression des hypochondres.

Un peu d'albumine. Prend un bain à 10½ heures; se trouve momentanément affaibli et très oppressé. Mais une demie-heure après, éprouve un bien-être manifeste.

Nuit pénible à cause de la céphalalgie. Hallucinations: voit plusieurs personnes dans son lit.

3.—Abattu; céphalalgie lancinante et à accès. Dyspnée: respirations 36. Pouls 132. Cœur fœtal et faible. Peau chaude et sèche. Langue encore un peu humide. Éruption sur avant-bras peu marquée; mieux dessinée sur la poitrine. Au ventre et aux flancs, elle est légèrement violacée et ne disparaît qu'incomplétement sous la pression.

Assez altéré. Se sent plus abattu; le moindre mouvement lui est très pénible.

Bourdonnements d'oreilles; surdité plus marquée. Yeux injectés. Rien au poumon. 20 gouttes de teinture de digitale.

À 2 heures, température 40°.2. Un bain froid. Il éprouve un mieux être jusqu'à 6 heures. À ce moment il commence à être agité. Dort très mal.

4.—L'œil est un peu mort et injecté. Se sent plus abattu. Ne peut aller seul à selle. Surdité a fait des progrès. Vue trouble. Souffre moins de la tête. Ses idées sont vagues. La langue est sèche, surtout sur les bords. Température 39°.4. Cœur fœtal, mais assez fort. Pouls 136. Dyspnée: respirations 40. Légère congestion pulmonaire.

Peau moite. Éruption ne paraît plus sur les bras et avant-bras. Quelques petits points violacés sur le dos des mains. Éruption mal dessinée sur la poitrine. Aux flancs, même état qu'hier.

Dans l'après-midi, le délire commence. Prend un bain à 3 heures; baisse de $\frac{8}{10}$°. Est resté calme jusqu'à 6 heures. Nuit très agitée; délire assez fort; transpiration abondante et fétide.

5.—N'a pas uriné depuis hier, 6 heures. Il faut le sonder. Ne souffre pas trop de la tête. Se sent très faible.

Œil injecté et larmoyant; langue encore humide. Pouls assez bon, quoique très rapide: 152. Respirations 48. Cœur tout à fait fœtal. Poumon en bon état. Peau légèrement moite. Pression sur la rate non douloureuse.

Un peu d'albumine.

Très agité dans l'après-midi. Température 40°.4. Délire; veut se lever. Un bain vers 2 heures et un autre à 10 heures, produisant une baisse de $\frac{8}{10}$°. Il faut encore le sonder à 11 heures. Transpire beaucoup dans la nuit.

6.—Ce matin il est agité; délire, ne me reconnaît pas; veut se lever.

Carphologie. Langue sèche et noire; fuliginosités sur les dents et lèvres. Avale avec une certaine difficulté.

Pouls pas très fort: 132. Respirations 48. Température 39°.2. Cœur fœtal.

Les taches au ventre et aux flancs ont le caractère pétéchial.

La rate semble un peu douloureuse. Légère incontinence fécale.

Il faut encore le sonder.

Le bain calme momentanément la dyspnée et le malade éprouve un mieux être. Idées plus lucides.

Il reste sans connaissance pendant l'après-midi. Fait sous lui.

Pendant la nuit, respiration très irrégulière, tantôt très accélérée, tantôt très lente, avec arrêts. Transpiration abondante.

7.—Ce matin il est très mal. Dyspnée et stertor. Température 40°.2. Respirations 48. Pouls 160. La peau est moite. Légère contracture des membres et de la mâchoire. Sans connaissance. Cœur fœtal. Injection de 0.75 de caféine. Un bain froid à $10\frac{1}{2}$ heures semble produire un léger calme. Mais bientôt la faiblesse s'accentue, le pouls faiblit, tombe à 120. Température reste élevée: 40°.1.

Meurt à $3\frac{1}{4}$ heures.

DR. C. C. DE BURGH DALY'S REPORT ON THE HEALTH OF NEWCHWANG

For the Half-year ended 31st March 1896.

DURING the period under review two births and no death occurred among the foreign residents.

As stated in a previous Report, the health of the foreign residents during October, November, and December of 1894 was very far from good; and now, in marked contrast to this, I am able to report that during the same months of 1895 there was an entire freedom from serious illness among both adults and children. I cannot, however, as yet congratulate the residents on taking any further precautions against the dangers that surround them. These dangers still exist, with all their unsavoury details, as pointed out in previous Reports. The water-boats, which supply the shipping, may any day be seen being filled up with the surface water of the harbour, containing filth of every description.

In January of this year an epidemic of influenza commenced, which attacked natives and foreigners, and did not finally disappear until late in March. The attacks varied much in severity, and in several cases complications of a more or less serious nature occurred. In one there was severe and persistent neuralgia, which, after many remedies had been tried, finally and completely yielded to hypodermic injection of morphia. In another, that of an adult male, inflammation of a varicose vein of the leg occurred, and gave a good deal of trouble at the time, but had a most happy result, inasmuch as the vein appears to be permanently plugged, thereby causing great relief to the previous symptoms. The patient declares that his leg has not felt so well for years, and that to all intents and purposes it is cured.

Only two cases of influenza gave grave cause for anxiety. On 30th January a boy, 8 years of age, was suddenly attacked with acute symptoms. The temperature, after a rigor, at once rose to 104°, and increased to 105°.4 on the 4th day. Bleeding from the nose was profuse and persistent, very seriously lowering the general vitality. Pneumonia of the base of the right lung soon set in, and, after running an acute course, terminated by a pronounced crisis on the 8th day, the temperature dropping from 104°.3 to normal, leaving the little patient utterly prostrate. From this point he made a rapid and complete recovery.

On 5th February his sister, aged 12 years, was attacked with the same symptoms, though the bleeding from the nose was not so severe. The temperature of 105° was at once recorded, and pneumonia of the base of the left lung was discovered. In this case the crisis occurred on the 7th day, when the temperature dropped from 102°.6 to 97°.4. Recovery was not so rapid or satisfactory, owing to a slight relapse.

On 9th February another brother, aged 7 years, was attacked with similar symptoms, the temperature rising to 104°.4; but, fortunately, here no lung complication occurred, and on the 4th day the temperature dropped to normal.

Dr. FYFFE, of H.B.M.S. *Rattler*, which ship wintered here, reports that, on the whole, the health of the crew was very satisfactory, the only serious cases being one of typhoid fever, which after an ordinary course terminated in complete recovery; one of small-pox (a mild attack), also terminating favourably; and one of typho-pneumonia, which, having run a rapid and severe course, ended fatally. Throughout the epidemic of influenza no case occurred on board the ship.

DR. JAMES H. McCARTNEY'S REPORT ON THE HEALTH OF CHUNGKING

For the Half-year ended 31st March 1896.

THE health of the foreign community during the past six months has been fairly good. With the exception of three cases of measles, two in children and one in an adult, no case of serious illness has to be recorded. Remarks are frequently made by both residents and non-residents as to the unhealthiness of Chungking, but this view is not supported by medical testimony. Here, as elsewhere in China and in other countries, there are those who are always suffering from either real or imaginary ailments, and Chungking seems to have its share of the latter class.

A few cases of neuralgia have occurred, due generally to decayed teeth, and in one instance partly to malaria. There was one case of morbid nutrition and one of chronic bronchitis, which conditions are not improved by this atmosphere. The other slight ailments were due as much to the indiscretion of the individual as to the climate.

There have been three births, two males and one female; but no deaths. The foreign community now numbers between 50 and 60 persons.

Among the Chinese there was an epidemic of diphtheria, which had a high mortality. Several cases were treated by me in the hospital, but there were no deaths. Remittent fever, as usual, claimed many victims. I treated several patients for insanity, among the number being the Taotai LI, who is well known to many persons in China and abroad. The disease in his case was no doubt due to the long-continued excitement caused by the riots of 1895. Under proper treatment and foreign nursing in the yamên, he became sufficiently convalescent to return to his home in Kweichow, whence he subsequently reported that he had entirely recovered.

The Japanese Concession, situated 2 or 3 *li* below the city, on the opposite side of the river, is well located from a sanitary point of view.

OBSTETRICAL NOTES.

Since the 1st January 1896 an unusually large number of difficult labour cases have been attended.

CASE 1.—Multipara. When called, the child had been born at least 24 hours, but the placenta had refused to come away, in spite of considerable pulling on the part of the old midwife. When she discovered that the patient was rapidly bleeding to death, she left, and advised that my services be procured. I found the womb in hour-glass contraction, and after much difficulty the placenta was delivered. The violent contractions of the womb had squeezed the placenta completely dry, so that it looked like a piece of desiccated pulp, and was about the size of a man's fist. The woman recovered, as far as I know.

CASE 2.—Multipara. Osteomalacia; had not walked for months. Had been in labour for several days, and was now almost exhausted with the pain. Feeble, rapid pulse. Head

presenting. Perforated, and soon delivered. The mother did well for two days, after which she was lost sight of.

CASE 3.—Primipara. Had been in labour two days. External parts œdematous. Patient in good condition. Head presenting; contraction of womb feeble. Applied forceps and delivered, under chloroform, a living child.

CASE 4.—Multipara. Prostitute. When called, the child had been born 12 hours, and the patient was nearly dead from loss of blood. The child was alive, lying between its mother's legs, and still attached to the cord. It was cut loose and the placenta, after some difficulty, taken away.

CASE 5.—Primipara. Had been in labour 24 hours; parts terribly swollen. On examination found osteophyte nearly filling the birth canal. The head was presenting, but it was not possible for the child to be born alive. Perforated, and delivered the mother of a male child. The patient made a good recovery.

CASE 6.—Multipara. In good condition. Had been in labour about 12 hours. Head presenting, but, owing to osteophyte formations, it was impossible to deliver the child alive. The patient was urged, as well by myself as by her father and the husband, to enter the hospital, so that the child, which was alive, might be removed by Cæsarean section; but our entreaties were of no avail. The head was then perforated, and the patient made a good recovery. Cæsarean section is out of the question in the majority of cases I have met with, on account of the mother being too much exhausted by prolonged labour. In fact, I have seen but one case previous to this where it would have been advisable to perform such an operation.

CASE 7.—Multipara. When called, had been in labour for several days, and the midwife, in her frantic efforts to deliver a shoulder presentation, had pulled the arm from the body. The patient was very weak from loss of blood, and, in order to facilitate delivery, I turned and delivered the child feet first. Patient made a good recovery, as far as I know.

CASE 8.—Multipara. Shoulder presentation. Chloroform was administered, and the child was turned and delivered feet first. Profuse hæmorrhage followed; but the patient soon rallied, and, as far as I know, recovered.

MEAN TEMPERATURE, January 1891 to March 1896, as taken by the Customs.

MONTH.	1891.	1892.	1893.	1894.	1895.	1896.
	° *F.*	° *F.*	° *F.*	° *F.*	° *F.*	° *F.*
January	50.5	49.2	45.2	49.4	49.0	57.5
February	49.3	50.3	46.9	53.0	55.3	50.3
March	54.5	56.4	59.1	58.0	58.6	56.0
April	65.4	71.9	67.0	72.5	72.8	...
May	74.3	71.7	75.5	71.0	74.5	...
June	75.7	75.6	76.8	78.6	82.4	...
July	85.8	81.8	83.3	84.8	79.0	...
August	78.0	84.9	79.8	85.7	82.3	...
September	76.2	74.4	75.5	76.0	75.7	...
October	67.7	66.3	67.8	69.7	67.2	...
November	58.9	58.3	59.6	59.6	58.1	...
December	52.2	50.2	50.7	51.2	52.5	...
YEARLY MEAN	65.7	65.9	65.6	67.6	67.3	...

Customs Meteorological Table, October 1895 to March 1896.

Month.	Thermometer.					Barometer.		Rainfall.
	Maximum.	Minimum.	Mean.	Dry Bulb.	Wet Bulb.	Highest.	Lowest.	
1895.	° *F.*	° *F.*	° *F.*	° *F.*	° *F.*	*Inches.*	*Inches.*	*Inches.*
October	86	53	67.2	82	80	29.34	28.95	6.62
November	71	42	58.1	68	66	29.70	29.18	2.02
December	70	42	52.5	68	62	29.60	29.08	0.79
1896.								
January	65	39	57.5	62	57	29.52	28.96	0.34
February	66	39	50.3	64	59	29.44	29.08	1.05
March	76	39	56.0	71	65	29.98	29.13	1.89

DR. JOHN D. THOMPSON'S REPORT ON THE HEALTH OF HANKOW

For the Nineteen Months ended 30th September 1895.

IN the spring of 1894 measles broke out among some of the children of missionary families at this port. The children of one family suffered severely from complications, the youngest—an infant—dying of capillary bronchitis.

A mild case of small-pox in a foreign patient was admitted to hospital from the neighbouring district of Hanyang. In the winter and early spring every year small-pox occurs among the natives in the city. Vaccination (or at least the form of vaccination, for vaccine lymph is not always used) has, I am told, been practised by the Chinese here during the past six or seven years, and has now almost entirely, if not quite, superseded inoculation. Vaccination, of course, is not compulsory, and is rarely performed on children under 1 or 2 years of age. Revaccination is unknown. Small-pox, however, in Hankow city might almost be classed among the diseases peculiar to children. It frequently becomes epidemic, and is then very fatal to young children—to those, in fact, who have not been protected by efficient vaccination or by a previous attack.

During the summer and autumn of 1894 enteric fever of a severe type prevailed here. As early as June two mild cases were observed in the Concession; but all the severe cases among foreigners began in July and August, no fresh case making its appearance after the third week in August.

The months of July and August were exceptionally hot, even for Hankow. The maximum and minimum readings of the thermometer for each month, as given in the subjoined meteorological table, kindly prepared for me by the Acting Harbour Master, Mr. HAVERS, convey little real information from a vital physiological point of view. Continuous tracings are what are wanted; but even then important considerations, such as atmospheric impurities, would have to be represented. In July 1894 the maximum is given as 100° F., the minimum as 74° F., and in August the maximum as 104° F., the minimum as 75° F.; but from the middle of July till near the end of August there were weeks on end when the mercury practically never fell below 90° F. by night or by day, the average being nearer 95° F. Many suffered from heat malaise.

During the summer three foreigners died of heatstroke; two were workers at the Hanyang Iron and Steel Works, and the third a strong young adult resident in the Concession. The first death at Hanyang occurred on the 3rd July. The dead body was discovered in one of the worksheds in the early morning, no one having seen the man fall. I saw the body soon after it was found, and from its general appearance and high temperature there was no doubt of the cause of death having been heatstroke.

The second death from heatstroke occurred on the 20th August. Of this case I have the following note:—"On the 20th August 1894—a very hot day—it is reported that at about 4.30 P.M. Mr. G., while engaged in passing ingots of molten metal in the rolling department of the Hanyang Iron and Steel Works, suddenly fell to the ground unconscious. Cold applications were at once made to his head and body, and, without delay, the patient was transferred by boat to the Hankow Hospital. On arrival there he was still quite unconscious; breathing stertorous; pulse 120 per minute, soft and bounding; reflexes abolished; temperature, as taken in rectum, 110° F. He was immediately placed in a cold bath, cold douche applied to head, and a hypodermic injection of digitalis given. Though the temperature was gradually lowered to 101° F. in the rectum, the other untoward symptoms showed no sign of improving. On the contrary, breathing became more stertorous and laboured, pulse grew weaker and weaker, consciousness never returned, and at 10.30 P.M.—six hours from the time he fell—patient expired."

The third case occurred on the 23rd August. Being ill myself at this time, Dr. MERRINS (Wuchang) kindly relieved me, and the following note is compiled from his remarks on the case:—"On the 21st D. consulted Dr. M. about an eruption of furunculi. On the 23rd, at 6.15 P.M., while going his evening rounds, Dr. M. met D. on the Bund and remarked on the subsidence of skin eruption. D. answered that although there was improvement in this respect, he was now feeling feverish. Dr. M. therefore directed D. to go to Dr. T.'s house and there await his return. While continuing his rounds, word was brought to Dr. M. that a foreigner had fallen down on the street, near A. K. and Co.'s. Dr. M. immediately went to the spot indicated, and found patient (D.) in a comatose condition; pulse fairly strong but rapid; breathing slow and stertorous. Dr. M. had him at once taken to hospital, where he was placed in a cold bath, and every effort made to reduce the extraordinarily high temperature, 112° F. in rectum. Patient never rallied, and when temperature was at 109° F. in rectum he expired, the respiratory preceding the cardiac failure."

Two days after this one of the veterans of the place died of heat exhaustion following on a simple attack of diarrhœa.

The outbreak of enteric fever above mentioned perhaps deserves more than a passing notice. The author of the article on "Tropical Typhoid Fever" in DAVIDSON'S *Hygiene and Diseases of Warm Climates*, in speaking of the distribution of enteric (or typhoid) fever, says (p. 219), "Our information about the diseases which exist in the interior of China is meagre, but we know that the Chinese ports are affected by this fever." Further on, under "Race Liability" (pp. 222, 223), after quoting DAVIDSON on Madagascar, he says, "On the same authority (DAVIDSON), some districts, at least, in China suffer largely from this fever: Peking, Shanghai, Foochow, and Formosa come under this category, while in Swatow, Amoy, Chinkiang, Hankow, and Kiukiang it is rare." Now, there can be no doubt that typhoid exists plentifully among the Chinese here. Owing, however, to pagan sentiment and the sanctity with which they regard the bodies of their own dead, it is impossible to obtain absolute postmortem proof. Since I came to Hankow, in 1889, there has not been a summer and autumn without one or two cases of enteric fever appearing among the foreign residents, the steamer population, or visitors to this port. Though, no doubt, here as elsewhere, the natives

of the place are less susceptible to enteric fever than are late foreign arrivals, yet the conditions under which they live, and their habits, expose them more. Given, then, a single case of enteric fever, it is easy to see how, where filth abounds as in a Chinese city, it must develop. In the *Epitome of Customs Medical Reports*, published in 1884, it is written of Hankow (p. 28), "Among the Chinese several cases occurred of a fever which 'ran the typical course of typhoid.'" Such cases occur yearly.

In the summer and autumn of 1894 the number of foreigners who suffered from enteric fever greatly exceeded that of any previous year. A large proportion (7 out of 16) were blue jackets and marines of H.B.M.S. *Pigmy*, then stationed at this port. They, of course, must have contracted the disease on shore, and most probably from drinking polluted water in Chinese restaurants bordering on the Concession.

Though the topography and the drainage of the place have been dealt with in former Customs Reports, I must here briefly sketch the situation and draw attention to important points. Hankow city lies along the left banks of the Han and the Yangtze, filling up the obtuse angle formed where the Han throws itself into the Yangtze. Beyond the Han is the city of Hanyang. The city of Wuchang lies facing Hankow and Hanyang, on the opposite bank of the Yangtze. The foreign Concession of Hankow lies immediately below, and adjoins, that portion of Hankow city that stretches along the Yangtze. The underground flow thus sets from the city obliquely towards the Concession; and the waters of the Yangtze are polluted on its left bank by two cities and a large junk population immediately before passing the Concession. The Concession is a flat, and has been raised from time to time, chiefly by mud that has been deposited by the river, taken from the Bund frontage in winter when the river has subsided. The Concession is still subject to general inundation. The last flood took place in autumn 1889. Behind the city wall is a vast plain, which is regularly submerged for three or four months every year. Between the winter and summer levels of the river there is a difference of over 40 feet. A certain winter level has been taken as zero; and when the river rises in excess of 46 feet above zero the Concession is flooded.

The conditions herein described, the rapid rise and fall of the river with its accompanying fluctuations in the level of the ground water, give one an opportunity of examining PETTENKOFER'S views "on the influence of the ground water on the prevalence of typhoid fever." The river begins to rise usually in March, reaches its maximum in July or August (sometimes later), and subsides again to reach its minimum in February or March. PETTENKOFER attributes "a direct connexion between this disease and the fluctuations in the level of the ground water." He states that "outbreaks of typhoid fever occur when the ground water is lowest, and especially when it falls rapidly after having risen to an unusual height." This statement, of course, must not be judged apart from other considerations. In all parts of the world, we are told, enteric fever (where it exists) is more common in summer and autumn than in spring or winter, and "in those countries which have a distinctly marked hot and cold season the disease is at its maximum in the hot season." We would not therefore expect to find enteric fever most prevalent here in winter, even although the river, and consequently the ground water close to its banks, is lowest then; but, given infected soil and susceptible human beings, we

would expect to find, if PETTENKOFER'S view be correct, that enteric fever would be most prevalent in those years when, during the hot season, a rapid fall follows a high level of the ground water.

The river curves give practically the ground water levels in the Concession. If we look now at the accompanying diagram of river curves for the past seven summers, we see at once that the curve for 1894 is singular in that it reaches its height early, falls rapidly, and maintains a comparatively low level throughout what remains of the hot season. July and August are the hottest months, though the hot season may be said to begin in June and end in September. The Bund level is 46 feet; parts of the Concession are still lower. With the river at 43 feet, therefore, the ground water level in the Concession is near the surface. From this point, reached on the 28th June, there was a steady fall until the 8th August, of 11 feet 4 inches.

The curves of 1891 and 1892 reach to much the same height as that of 1894, only a full month later. There is a steady fall in August and September. In both years there were cases of enteric, beginning in August; none began in July.

The curves of 1889, 1890, and 1893 reach their highest points still later. But here a new factor has to be considered. With the river at 44 feet and upwards, the mouths of the drains are entirely under water and the filth in the underground drains is washed backwards into the Concession. In those years there were cases of enteric fever before the river began to fall—not half so many in all three put together, however, as there were in July and August 1894.

In the present year (1895) the curve from the 1st June to the middle of August is almost a reversal of that for the same period of 1894. Whereas enteric fever was very prevalent during those months in 1894, it was all but absent throughout the corresponding period of 1895. This in itself would seem to support PETTENKOFER'S view. As some of the severe cases in 1894 began early in July, the ingestion of the poison—to allow for an incubation stage—must have taken place, if not before, at all events soon after the autumn set in. Again, in 1895 more attention was paid to drains, and perhaps greater care was exercised to secure the absolute purity of the water used for drinking purposes.

There are few who will deny the high probability of a direct causal connexion between Eberth's bacillus and enteric fever. In some soils impregnated with this bacillus a sudden fall after an unusual rise in the level of the ground water may, at the proper season, be specially favourable to its growth, or may even add to its pathological vigour.

Almost all the cases of enteric fever that occurred in July and August 1894 had slight bronchial catarrh to begin with. A large proportion of those sent from H.B.M.S. *Pigmy* had high fever and delirium on entering the hospital. One, on admission, had delusions of the "mental exaltation" type. He imagined that he had accomplished wonderful feats of strength and valour; that Lord ROSEBERY had applauded and personally congratulated him; and that now he had been summoned to appear before Her Majesty the Queen to receive from her own hands the Victoria Cross, with her special thanks for mighty deeds done in the service of his country. At times he got violently excited and had to be restrained in bed. Cold baths—cold "well water," for no ice was to be had—soothed him on several occasions. Meanwhile the heat was intense. At that time the temperature in the ward never fell below 93° F. night or day

DIAGRAM SHOWING THE RISE AND FALL OF THE RIVER YANGTZE AT HANKOW, FROM JUNE TO OCTOBER. 1889. TO. 1895.

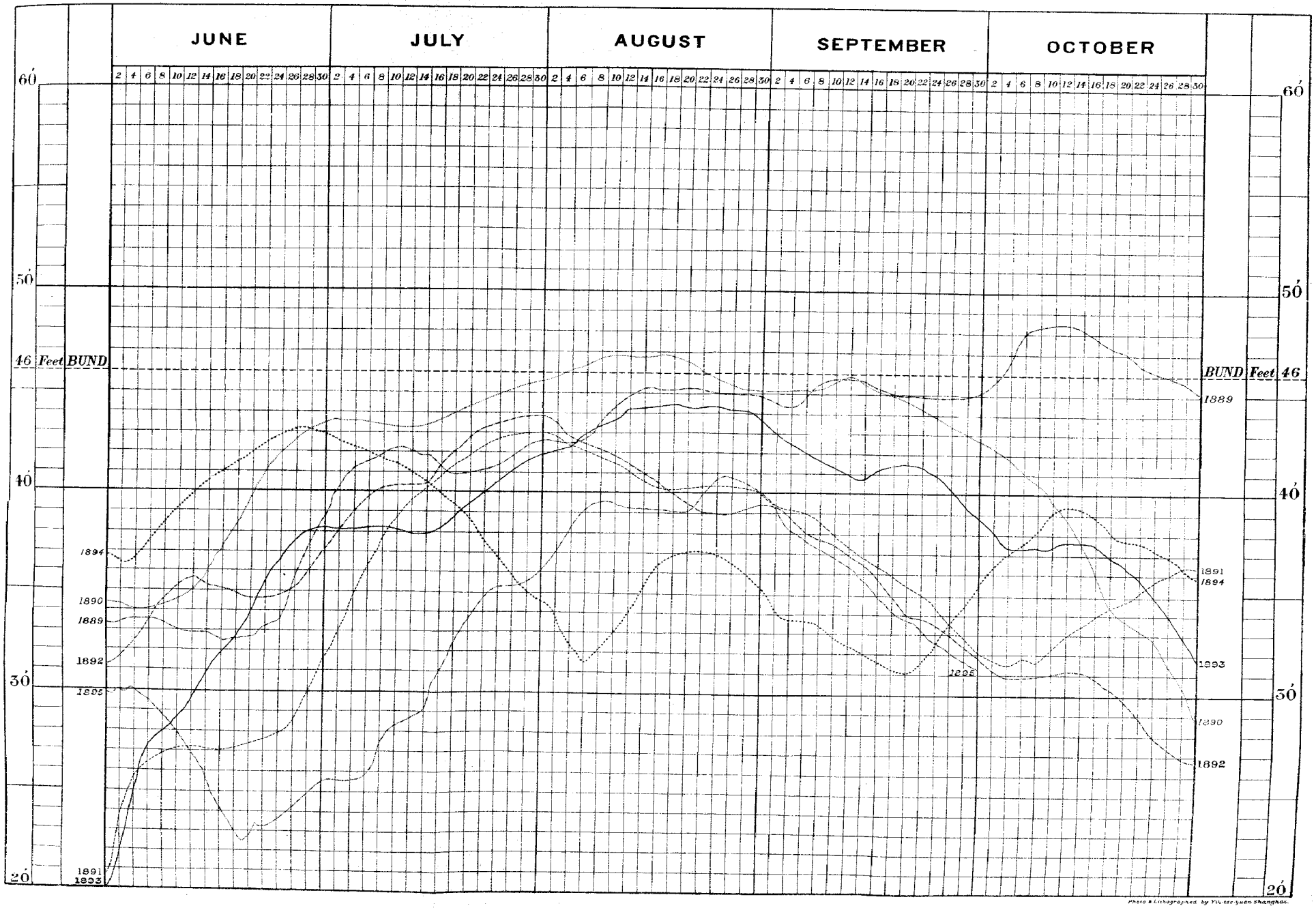


Photo & Lithographed by Yü-tze-yuen Shanghai.

CHART 1.

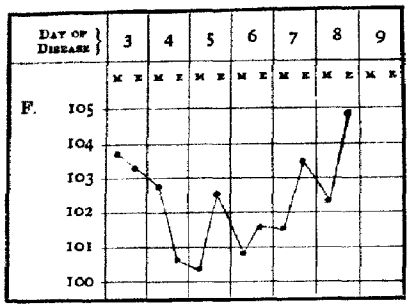


CHART 2.

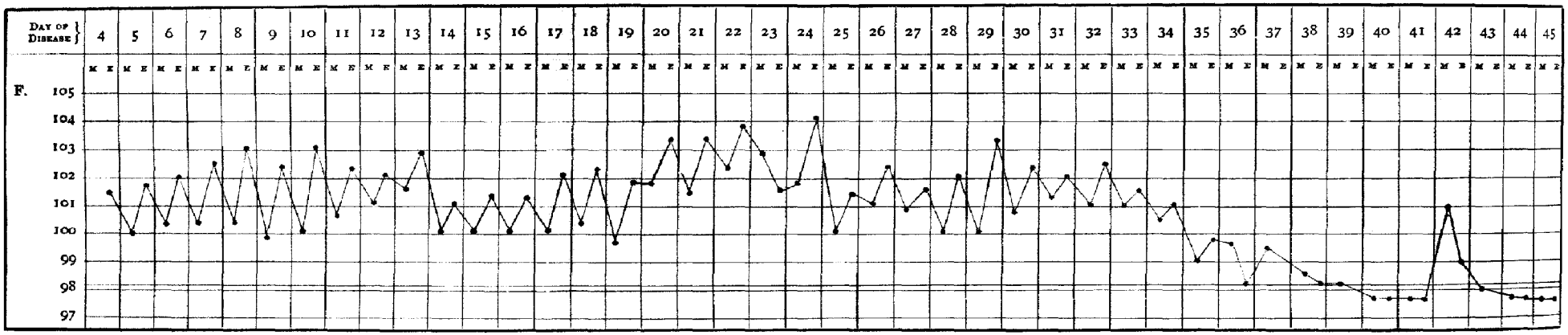
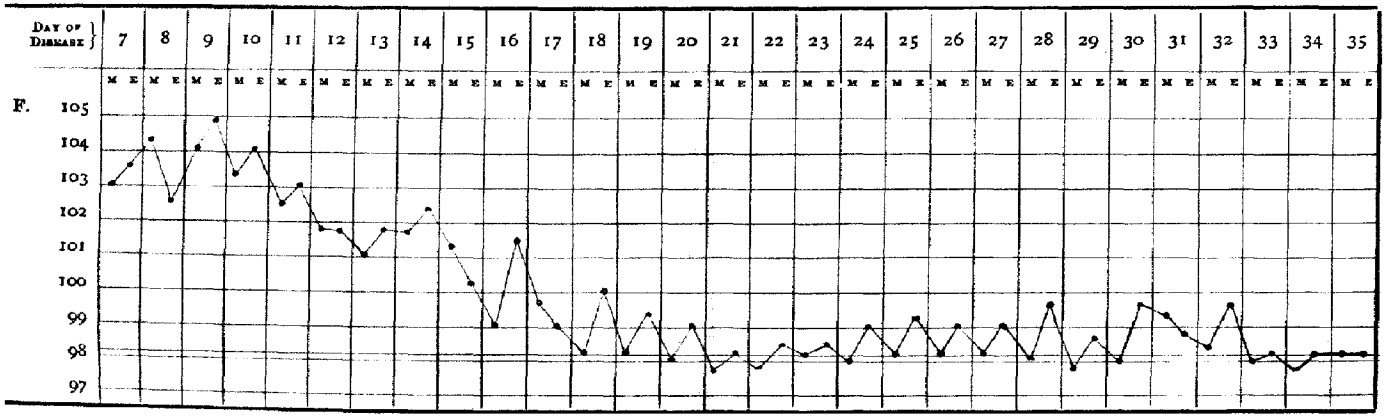


CHART 3.



(average over 95° F.). Patient soon sank into a state of low, muttering delirium. While in this condition he at times tried to raise himself and get out of bed. Once he escaped the vigilance of his attendants and had a fall, which, for the moment, seemed to bring him to his senses. Soon he relapsed into the same low, muttering, delirious state, and died of heart failure on the seventh day after admission to hospital. At the autopsy held a few hours after death, Peyer's patches in the lower portion of the ileum, and the solitary follicles as far as the cæcum and ascending colon, were found to be in a state of tumefaction and commencing ulceration. The mesenteric lymph glands near the affected parts of the intestine were purple red and swollen, like geans and cherries.

Of the 16 cases of tropical typhoid treated that season—most of them severe,—the above case was the only one that ended fatally. It seems therefore worth recording that the autopsy disclosed the characteristic internal lesions.

As is well known, the temperature charts in cases of enteric fever in hot climates, or during tropical heat, are often very irregular and ill-defined, seldom following the course supposed to be typical of the disease in Europe during the first week.

Chart 1 is that of the fatal case recorded. In this as in all the other charts only the morning and evening temperatures are marked. Allowance must be made for special efforts to prevent hyperpyrexia when the temperature was evidently on the bound, or to reduce it when it occurred. The mid-day temperatures often considerably exceeded the evening temperatures.

Chart 2 shows a relapse occurring before the end of the third week. The patient in this case was quite unconscious for more than two weeks. During this time urine and motions were passed involuntarily in bed, so that special arrangements had to be made. Nourishment, in the shape of strained soups, boiled milk, etc., had to be poured down patient's throat. Brandy, unfortunately, often caused immediate retching, and sometimes severe vomiting, when given by the mouth. Champagne acted in much the same way. Rectal feeding had to be resorted to at times, and when stimulants were urgently called for, brandy mixed with milk was often successfully given in this way. Convalescence was slow for a time, but ultimately very satisfactory. The sudden rise in temperature at the end of the fifth week of chart, and the other in sixth week, were evidently malarial, though the patient had never previously suffered from malaria. Quinine was given immediately after the first rise, and continued in larger doses after the second. On the 10th day after the last rise indicated on the chart there was another sharp rise, less marked and of shorter duration than the preceding. After that there was no other.

Chart 3.—Patient sent to hospital probably about the end of the first week of the disease. He was delirious on admission. By the morning of the third day after admission he was in the condition of coma-vigil, with subsultus tendinum and "floccitatio." In this state he remained for two days, and subsequently did remarkably well. During convalescence he complained for a time of intense pain in one foot, always worst at night. External applications were of no avail, and sleep was impossible until morphia was injected hypodermically. Periostitis or myelitis of one or more of the tarsal bones was suspected. At no time

was there redness, heat, or swelling perceptible, and in the course of a week the pain entirely disappeared.

Chart 4.—Irregular and ill-defined, with a sudden drop to normal on the morning of what was probably the 7th day of the disease. After this the temperature ran a low course. The case is here introduced chiefly to point out the necessity of care in such instances. Though the temperature ran low, the patient—a young man—was greatly prostrated, with pupils widely dilated. The very prostration, however, might have been a temptation, were one doubtful of diagnosis, to vary the diet; and had solids been given during the second and third weeks, when the temperature ran low, the case, I have no doubt, would have ended very differently. The patient did well. During convalescence there was, as in Case 3, acute pain, as of periostitis or myelitis, in one malleolus and also deep in ilium.

Chart 5.—A not very regular and a fairly high temperature throughout, with a relapse occurring about the beginning of the third week. The patient in this case—a young able-bodied seaman—was irascible, impatient of being confined to bed while even a little strength remained, and unwilling to submit to the necessary strictures in diet. Temper and restlessness, if not directly responsible, probably paved the way for a relapse. Convalescence was slow and complicated by boils. On leaving hospital he went to Chefoo to join his ship, and on his return to Hankow some months later he was in the best of health.

Chart 6.—This case was complicated by thrombosis of the right femoral vein and embolism of a branch of the pulmonary artery in the right lung. The temperature during the first two days that the case came under observation (probably the 4th and 5th days of the fever) was, as indicated on chart, higher in the morning than in the evening. Mental depression and circulatory weakness were marked features from the beginning. Symptoms of threatening heart failure gave great anxiety on several occasions. For this, brandy was given from the start, and caffeine, strychnine, and digitalis were added when deemed advisable. The local and general signs and symptoms of thrombosis of the femoral began on the 21st day of illness, just as convalescence was about to set in, and these were followed, on the evening of the next day, by symptoms of embolism of a medium-sized branch of the pulmonary artery. With the exception of the "seven-day" rises in temperature towards the end of the illness (in the fifth, sixth, and seventh weeks as indicated on chart), and an irregular and intermittent pulse during the first days of September (*i.e.*, during the seventh week), the patient made an uninterrupted and most satisfactory recovery.

Chart 7.—Temperature prolonged, without any definite relapse. For certain reasons, round worms were suspected; and when the temperature rose during the fifth week, santonin was given, and two round worms, about 8 and 9 inches long, were ejected by the mouth. After this patient did well.

Chart 8 is that of another case in hospital about the same time. Patient had undoubtedly been suffering from enteric fever, and was sent to hospital in a very weak state, as a case of relapse. A day or two after admission he vomited a large round worm, 14 inches long. The temperature fell soon after this to normal. Santonin was given, but no more worms were passed. The temperature never rose again, and patient made an uninterrupted recovery.

CHART 4.

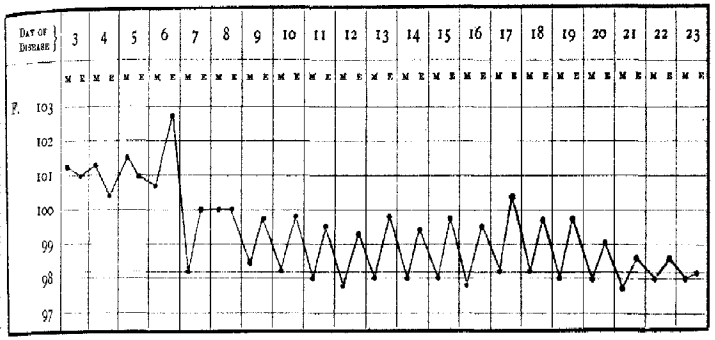


CHART 5.

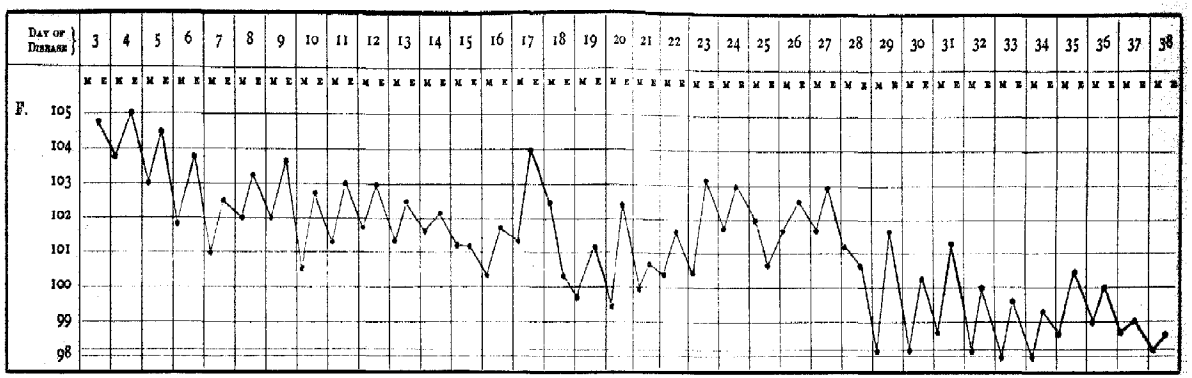


CHART 6.

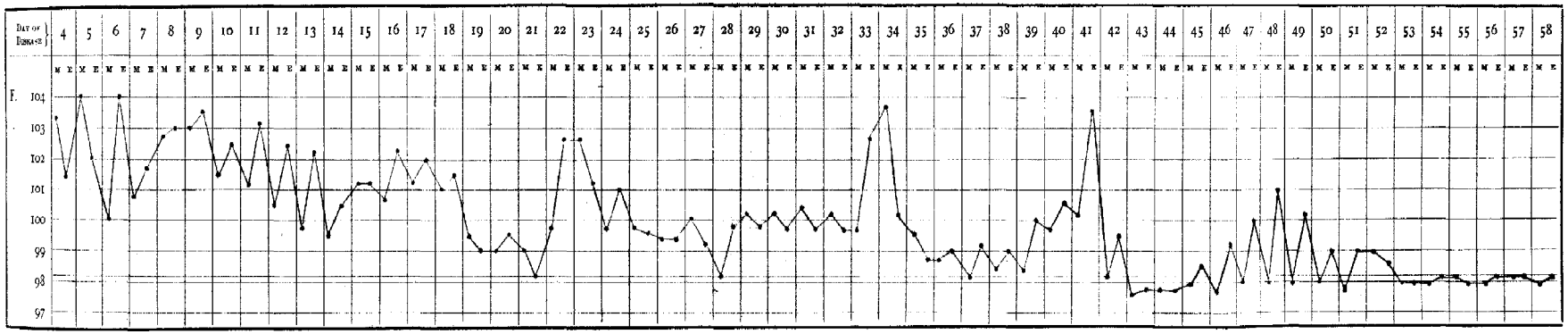


CHART 7.

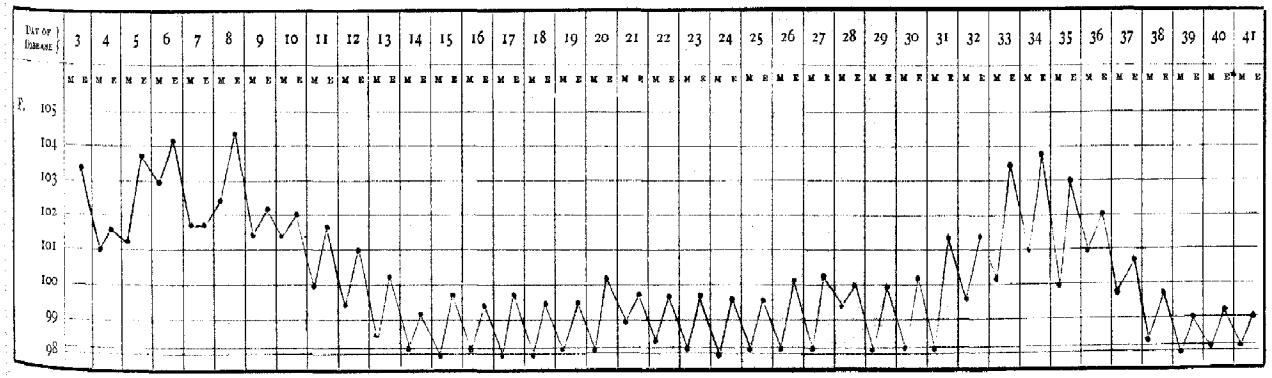
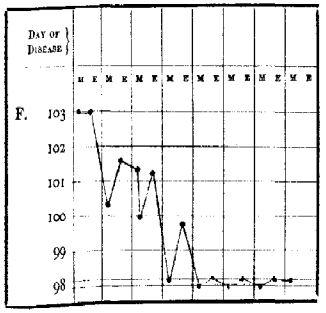


CHART 8.



Among all the cases treated there was no serious bowel complication—no very troublesome diarrhœa, no great meteorismus, no case of hæmorrhage, none of perforation. This freedom from bowel complication among so many severe cases I attribute chiefly to the exhibition of salol as a bowel disinfectant from the time the patients came under treatment. Salol does not seem to be able to prevent the occurrence of relapse; but it has a decided effect on the stools. If offensive and fluid, they soon become sweet and formed. It was usually given in 15 or 20 grain doses every four or six hours, until the stools became sweet; then at longer intervals and in diminished doses. As in larger doses it tends to depress the patient, it was, as a rule, combined with caffeine. If the patient were constipated, as was not unfrequently the case, calomel was added during the first day or two. Diet was boiled milk with lime water or barley water, and strained soups (meat soups, made with the addition of fresh vegetables, etc., well cooked and then strained through fine muslin). These were given at regular intervals, and in quantities and combinations suitable to each case. To reduce high temperatures, tepid and cold spongings were employed; occasionally, cold baths; and frequently also phenacetin, in 5-grain doses, repeated at intervals of an hour or two hours, until, if necessary, three doses were prescribed. Stimulants (good brandy—sometimes champagne) were given when required, also strychnine, digitalis, etc., according to circumstances.

Salol in medicinal doses, as already mentioned, does not prevent the occurrence of relapse, neither does it prevent the disease from running its usual term of three weeks. Its beneficial effect is due, I believe, not to any direct action on the bacillus of typhoid, but to its action on the putrefactive micro-organisms in the intestine. These, I would suggest, secondarily invade the infected Peyer's patches, and are chiefly responsible for the subsequent sloughing *en masse*. It is known that on gelatine plates treated with carbolic acid the typhoid bacillus (and B. coli) may thrive, while the growth of other micro-organisms is retarded. Advantage of this fact is taken to eliminate other micro-organisms in examining a water supply for the bacillus of typhoid. Substitute, now, Peyer's patches already attacked by the bacillus of typhoid for the nutritive plates, the carbolic and salicylic acids into which the salol splits in the intestine are sufficient to prevent the growth of putrefactive micro-organisms, but do not interfere with that of the typhoid bacillus (and B. coli). No serious bowel complication occurred in those cases treated with salol, as above stated, neither were sloughs seen in the stools. These facts, then, fairly suggest that the sloughing *en masse* of Peyer's patches, and the complications that may arise therefrom (severe hæmorrhage, perforation, etc.), are really due to secondary invasion by putrefactive and saprophytic micro-organisms of the intestinal contents, and not to the bacillus of typhoid *per se*.

During the hot months cases of fæcal accumulation and autoinfection (absorption of poisonous ptomaïnes from the bowel) constantly occur. The bowels may act daily, but, possibly from atony accompanying general nervous and muscular depression, they never quite empty themselves. In some such cases irritation of retained masses causes a false diarrhœa, and this may bring the patient to consult the medical attendant. In others, absorption of poisonous ptomaïnes takes place. Putrefaction of intestinal contents is probably favoured by altered intestinal secretions following vitiated nerve energy. Various poisonous ptomaïnes, varying with the micro-organisms present, are developed, and possibly absorbed. Some cause a sudden rise

in temperature. This may in a few hours reach 105° F.; the skin is then hot and dry, and severe headache is usually complained of. Such, however, belong to the simpler cases, and a timely dose of castor oil will probably be all that is required to rectify matters. The severe headache, the burning, dry skin, may call for something more. In these sthenic cases, then, a dose of antifebrin (5 grains for an adult) dissolved in brandy and water, given along with the oil, will be found to act very satisfactorily. This is generally followed by cessation of the headache, profuse perspiration, and sleep from which the patient wakes refreshed and well. A third class of cases seems more or less to depend on ptomaïnes that tend to paralyse the bowel and differs from cases of mechanical obstruction, or the slow banking up that leads to typhlitis or appendicitis. Diarrhœa may be present (the stools dark brown and very offensive), though the bowel remains more or less fully relaxed. Some cases simulate enteric fever; and for a time it will perhaps be difficult to give an absolute diagnosis. In etiology, however, these cases are more nearly allied to those of thermic fever or heatstroke. Climatic influences are at work in both; but in the latter the factor heat is so predominant as to obscure other climatic causes. The personal equation, too, must weigh largely. If this were not so, all would suffer, and suffer alike, or none would suffer.

In this connexion I wish now to relate the two following cases, one of climatic continued fever, the other of thermic fever or heatstroke, terminating suddenly 10 days after the onset of the illness or first exposure:—

1.—In June and July 1894 Mr. A. suffered more or less continuously from low fever, which began with gastro-intestinal disturbance and a blotchy, urticaria-like eruption lasting for four days. This eruption came and went, attacking first the extremities and trunk, and lastly the face. Inertia of bowel was marked. By repeated enemata, and by purgatives exhibited by the mouth, the bowels were with difficulty cleared. The stools were high-coloured, fluid, and offensive. The urine was high-coloured and clear, with the exception of a light cloud of mucus, highly acid, S.G. 1,020 to 1,023, no albumen, no sugar. The temperature ranged from 99° F. to 102° F., and sometimes, though rarely, 103° F., showing no periodicity, but, on the contrary, great irregularity in its rise and fall. Later in the course of the illness the temperature was usually highest in the morning, before breakfast. A late feature in this case was severe headache and muscular pains. There was weakness, and considerable loss in weight. The thoracic and abdominal organs were examined from time to time throughout the illness, and no sign of organic mischief was detected. In such cases the only cure is, I believe, to send the patient to a more bracing climate—to the seaside or to the hills—for a thorough change. This, of course, cannot always be done just at once. The treatment, then, has to be more or less symptomatic, and must begin by clearing the bowels, dieting, and trying to keep the contents sweet by improving, if possible, the gastro-intestinal secretions. The patient whose case has been shortly sketched, after going on for about six weeks and attending to business while he could, had ultimately to leave for a change; and even then, as the case had lasted so long, and as the patient had the uric acid or gouty diathesis, it was some time before he got quite well again.

2.—Mr. B. had been out of sorts for some time; and on his way up river, towards the end of July, went on shore at one of the ports, exposing himself, insufficiently protected, to the full

mid-day sun. He returned on board feeling very ill. On the evening of the day of his arrival in Hankow he sent for me. He told me he had not slept all the way up river. Complained of severe headache and of feeling very tired. His temperature was then 102°.5 F.; skin hot and dry; complexion muddy; features relaxed and expressionless; pupils somewhat contracted; tongue dry and slightly furred; breath offensive; pulse slow, full, and fairly compressible. He was kept in bed; and efforts were made to reduce the temperature, to relieve the headache, and to clear the bowels. He was sponged with tepid, then with cold, water; ice was applied to head; phenacetin was given, also an enema and calomel purge. Next morning headache was gone; the bowels had moved, and the motions were at first dark brown, fluid, and very offensive. The skin was still dry, and the other symptoms much as before. Cold baths were tried. After this, all the patient complained of was weakness, and restlessness at night, with distressing nightmare whenever he dozed off. During the next few days his temperature varied from 102° to 104° F.; headache never returned; but skin remained hot and dry. The temperature of the room could not be lowered below 90° F. at night, nor below 95° F. during the hottest part of the day. The quality of the heat, too, was very trying—a hot south wind and an atmosphere laden with impurities. During the night of the 5th August he was at times delirious. Next morning and at 11 A.M. his temperature was 103°.5 F. under the tongue; pulse slow, fairly full during the stroke, but collapsing between beats; tongue dry, with a light brown fur; complexion muddy, and features relaxed and expressionless as before. Abdomen was somewhat tumid; there was gurgling but no tenderness in right iliac fossa. He had no headache, and expressed himself as comfortable; had rather enjoyed his morning meal, and was reading the morning paper. Reading, he said, did not give him a headache, and helped to pass the time. On the afternoon of same day he suddenly became delirious, rose, and tried to dress; but dropped back in bed dead. His temperature must have suddenly bounded up, for whereas three hours before death it was 103°.5 F., three hours after death, just before autopsy began, it was 109° F. in rectum. The autopsy revealed the ordinary positive and negative signs of heatstroke. The blood was dark and flowed freely from the incisions. The interior and the viscera felt pungently hot to the hand. The abdominal wall was very fat, the mesentery loaded with fat, and all the important viscera round which fat is apt to accumulate—the kidneys and heart more especially—were encased in fat. This amount of internal fat in an otherwise well-built, athletic man must have rendered him more susceptible to the noxious influences of heat and overheating. The liver was fatty. The kidneys were rather pale—the cells in state of cloudy swelling. Heart: left ventricle contracted, thick wall (athletic subject); right ventricle dilated with dark fluid blood, thin walled, the muscular structure at apex being reduced to a line. The intestines were very carefully examined. There was no sign of swelling or congestion of Peyer's patches or solitary follicles. In fact the intestines appeared perfectly healthy, their contents sweet, and the mesenteric glands normal.

Acute dysentery may occur here at any time in summer or autumn, but is most frequent towards the end of August and in September, when the nights begin to get cool and when sudden drops in the temperature are apt to occur. During summer and autumn of 1894 and 1895 a fair number of cases came under treatment. All in my practice recovered.

During the past season I have used the new preparation, ipecacuanha without emetin, in place of the ordinary ipecacuanha powder. The effect on the dysentery appears to be the same, and it can be administered without the previous exhibition of laudanum. Opium is by no means always indicated, and can, I believe, if injudiciously given, do much harm. By masking symptoms and by weakening the power of tissue resistance, it may, as it were, lull the sentinels to sleep, destroy the garrison, and throw open the citadel to the enemy. In one or two cases the ipecacuanha without emetin caused nausea; but in one only could it not be retained, producing vomiting just like the ordinary ipecacuanha powder. The usual precautions—the recumbent position, mustard to epigastrium, avoidance of fluids, etc.—were observed, as in giving the ordinary ipecacuanha, only the dose was not preceded by laudanum. In addition to ipecacuanha, hot fomentations (medicated or unmedicated) were, as a rule, applied to the whole abdomen. In most of the cases, too, enemata of warm, weak quinine solution (5 grains of quinine to 20 or 25 ounces of boiled water) were used, and these, carefully administered, had nearly always a soothing effect and, along with the fomentations, diminished the frequency of the stools.

In one or two milder cases repeated small doses of Glauber's salt, hot fomentations, and weak quinine enemata constituted the whole treatment. Where symptoms were urgent from the beginning, no time was lost in giving a large dose of ipecacuanha. For an adult the quantity prescribed of the ipecacuanha without emetin was usually 45 grains, to be repeated, in same or smaller dose, in four or eight hours, according to necessity. One child took three 20-grain doses in 12 hours without being in the least nauseated, and with the desired effect of cutting short the dysentery. In this case, I may mention, the quinine enemata did not seem to answer, and were discontinued. Sometimes boracic, followed by tannic, acid enemata were used.

Case of Liver Abscess bursting through the Diaphragm and involving the Lung; Death; Autopsy.—K., A.B. from H.B.M.S. *Esk*, sent from Ichang, arrived in Hankow and was admitted to hospital on the 18th August 1894. His medical history sheet showed that he had suffered from Bright's disease in 1893. From notes of his case sent by the surgeon it appears that, for his present illness, he was first placed on the sick list on the 4th July, suffering from diarrhœa. The attack lasted a fortnight. The stools were mostly light coloured, and in consistence varied from liquid to semi-solid. His temperature was taken regularly during the fortnight, and was never found to exceed 99° F. On the 23rd July he returned to duty; but was again put on sick list on the 26th. This time the stools were dark in colour, offensive, one to seven per day. His temperature now reached 100° F. He complained also of pain in epigastrium, as well as over the whole abdomen. On the 5th August diarrhœa ceased. On the 12th he complained of pain in the right shoulder, and on the 14th, of pain in the liver region. By this time he had become greatly emaciated, and, as he was rapidly getting worse, he was recommended for hospital treatment.

On admission to the Hankow Hospital, on the 18th August, he was seen by Dr. MERRINS, who was then acting for me. He had great pain in the right side, over the whole of the liver region. This was relieved by hot medicated fomentations. Chloride of ammonium was prescribed. His temperature was over 104° F. When I saw him for the first time, on the evening of the 25th August, I did not doubt the existence of liver abscess. The area of liver

dulness was greatly enlarged, and the costal interspaces, which on the left side were sunken and hollow, were level or bulging, especially over a very tender area in the 7th interspace in the anterior axillary line. The weather at the time was very hot and sultry (average temperature over 95° F., day and night). Being free from continuous pain, patient now felt much more comfortable; and so expectant treatment was continued. In the course of a few days he began to cough up quantities of liver pus. His temperature fell, but his general condition did not improve. Diarrhœa supervened, and cough and diarrhœa together soon pulled him down. He sank inch by inch, and died of sheer exhaustion on the morning of the 11th September. Emaciation was extreme.

At the autopsy the liver was found to be much enlarged, and closely adherent to the diaphragm and to the parietes. The right lung, the liver, and the right half of the diaphragm were removed *en masse*. An excavation on the upper surface of the right lobe of liver, and another in the base of the lung, together formed a large, irregular, spherical-shaped cavity, about 3½ inches in diameter, with ragged, sloughing walls, and containing a dirty pink, "crushed strawberry and cream" coloured pus, most of which escaped on tearing through parietal adhesions. The rest of the lower lobe of the right lung was infiltrated with the same pinkish coloured liver pus. The liver substance was pale on cut section. There was just the one abscess, that on the upper surface of the right lobe, which, as shown, had burst through the diaphragm, involved the lung tissue, which, from its low vitality, readily gave way, and entered into the formation of the large, irregular, ragged cavity above described. The apices of both lungs were adherent to the parietes, scarred by old cicatrices, and contained calcareous nodules. The next organs markedly diseased were the kidneys. They were small, contracted, and each weighed 4 ounces. The capsules were adherent over the entire surfaces. The cortices were atrophied—cortex : papillary layer :: 1 : 5. Spleen appeared healthy. Pancreas firm and tough, coarsely granular on cut section, of a pale greyish-yellow colour. Heart contained in each cavity, in addition to soft, dark clot, pale fibrinous clots extending from their respective cavities into the pulmonary vessels and the aorta. As for the rest, the appearance was that of one who had died of slow starvation. The intestines were collapsed and walls thin and transparent: the mesentery was a fine network, absolutely devoid of fat. The stomach had the appearance of so-called "double stomach," but this was evidently due to annular constriction at time of death. The walls at the constricted portion felt thick compared to the rest, and could be pulled into shape again.

On first seeing this case, I considered the question of exploratory puncture, with a view to freely evacuating the pus, if found. The general indications, however, both before and after the patient began to spit up liver pus, seemed rather in favour of expectant treatment, which, accordingly, was continued. The result of the postmortem—the site of the abscess, the condition of the kidneys—shows clearly that at no stage of the illness, probably, would operative procedure have been of any avail.

The following case seems sufficiently interesting to refer to here:—R., a "heavy weight," fell from his pony while jumping a creek, and came down, it appears, flat on his back on fairly hard ground. His pony escaped and left him with bridle only. The friends who were with him, seeing him get up almost immediately, and apparently unhurt, chaffed him about the nice

2-mile walk he would have before dinner. He returned chaff for chaff, and started for home. On reaching there his manner and appearance attracted the attention of his friends. He imagined he was in Kiukiang, and was surprised at seeing so many Hankow friends in his room. When I saw him he was lying on the bed, still in riding attire. On drawing his attention to this, he remembered having gone for a ride, but had no recollection of what had happened since. He answered questions coherently, helped to change his riding dress for pyjamas, and did just as he was told to do. On raising his head on a pillow and applying evaporating lotion to head, he recovered so far as to recognise the room; but a wardrobe similar to one he had in Kiukiang seemed to puzzle him. He could not reconcile the two. The wardrobe, he said, was in Kiukiang, but the room was in Hankow. He was ordered colocynth, hyoscyamus, and mercury pills, and a bromide mixture, and to continue lotion to head. On my visit next morning I found him quite well; but he had no recollection of my visit on the previous evening. From the time he fell till the time a friend called to see him, one hour after my first visit, his memory was a blank. He could not remember about the fall, nor how he reached home, though he came straight to his own room, bridle in hand, having walked all the way alone—a distance of 2 miles over country. He had throughout no headache, no bruise, no pain anywhere, only slight tenderness on pressure over the spine in the lumbar region.

In March 1895 influenza again appeared. There were few cases, but these were quite as severe as on former occasions. In my own case (for though I had escaped in former years, I was among the first to go under on this occasion) temperature rose high, headache was intense, and I had pains all over my body. Prostration was marked, and the feeling of exhaustion so extreme that I felt as if I could not hold out much longer. Without any apparent cause, I once burst into tears, much to my own confusion. This depression and the tendency to weep have often been remarked upon; and the sensations are by no means pleasant. After the temperature had fallen, my body felt bruised, as if it had been beaten all over with clubs, and my bowels as if they had been put through a mangle. Though ill for three or four days only, I was unable to stand on first attempting to get out of bed. In nine days I was able to be at work again, though many weeks passed before I felt quite all right.

With the exception of the last week of July and the first week of August, the summer of 1895 was rather mild. June was dry, and perhaps hotter than usual. The first three weeks of July were cool. The great heat burst upon us suddenly towards the end of July, and lasted for nearly a fortnight. During that time the weather was peculiarly depressing; the barometer was low, and a light south wind blowing over the city came to us laden with impurities. Many suffered, and three died, directly or indirectly, from the effects of heat combined with the peculiar atmospheric conditions.

The first death was that of a female infant, aged $8\frac{1}{2}$ months. She had suffered from a troublesome eczema that began with teething, had become chronic, and irritated her considerably, disturbing her rest and often preventing sleep altogether. By the end of July her skin had healed, though still thickened over a comparatively large area, and thus unable to adequately perform its functions. This, added to other teething troubles, no doubt rendered her less resistant to the deleterious effects of the hot weather, and she died rather suddenly at the beginning of the great heat.

In young children dying during the heat I have observed that a quiet necrosis of the corneæ invariably sets in an hour or two before death. There is no inflammatory reaction, only loss of substance, as if part of the surface had been scraped away with a knife or scooped out with the finger nail. Though other indications are not then wanting, this is a sure sign that death is not far off. It is, in fact, death already evident in parts of little vitality.

The second case was that of a strong, healthy man, in the prime of life, who died of heatstroke about 4 A.M. on the 3rd August. Two days previous to this, it appears he had imprudently exposed himself to the sun; and complained afterwards of feeling out of sorts, of weariness, and of dryness of skin. On his own account he took measures to relieve the bowels, and followed this up by swallowing 10 grains of quinine. He went to bed early on the evening of the 2nd August; and in the early morning, presumably feeling ill, went to an adjoining room to call a friend. Once there, he tried to speak, but could not; and on being helped back to his own room and seated on the edge of the bed, fell backwards dead. I found the body in the position in which he fell. The head, trunk, and thighs were recumbent on the bed, the knees bent over the edge of it, and the feet on the floor. The skin was pungently hot, the temperature in axilla 109°.5 F. There was no autopsy in this case.

The third case has been already described as that of Mr. B., and the result of the autopsy is also given.

Fevers of malarial origin, among foreigners as well as natives, have been more prevalent during the spring, summer, and autumn of 1895 than for some years past. From previous experience I looked upon malaria as a very insignificant feature in the physiognomy of disease as met with in our community. The more severe and malignant types that one occasionally met with among the foreign residents had invariably been imported from other parts, as from South China and Formosa. Among natives from the surrounding districts, however, quotidian and tertian forms prevail from the beginning of spring till the end of autumn; while at all seasons numbers of patients come to the hospital with enlarged spleens, profound anæmia, ascites, and other signs of advanced malarial cachexy. While this is so among the agricultural classes, it is different with the inhabitants of the city; they do not seem to suffer much from malaria. The residents in the Settlement, who rarely go beyond the municipal boundaries, suffer still less.

Cholera, following the lines of traffic and in the tracks of disbanded soldiers, appeared here in August, soon after it had been reported as prevalent in Shanghai. In the cities of Wuchang, Hankow, and Hanyang it raged for some weeks, carrying off numbers of the inhabitants—how many it is impossible to say. A few cases—20 in all—were brought to the Roman Catholic Hospital for treatment: some were picked off the street, others were sent from steamers and from neighbouring hongs. Of those 20, 10 died in hospital; 3, after surviving the collapse stage, were taken from hospital too soon by their relatives and died at home; while 7 recovered and left hospital quite well.

One of the hospital sisters, aged 67 years, who attended to several of these cases, was suddenly seized in the early morning with diarrhœa, vomiting, and cramps. Before anyone knew that she was ill—before another sister sleeping in the same room awoke—the stage of collapse had already set in. When I saw her, about 5 A.M. (probably within two, or at most

three, hours from the onset of the illness), she was shrunken and cold, her features pinched, eyes dull and sunken, cheeks hollow. Her extremities were wrinkled and of a leaden hue, her finger tips and nails quite blue. Her voice was reduced to a husky whisper. Her pulse at the wrist was still just perceptible. The vomited matters and the evacuations from the intestine, which had been kept for my inspection, were alike "rice-watery," with abundant flocculent deposit resembling grains of boiled rice. The cramps were still severe, though of shorter duration, and the patient's struggles were very feeble. The cramps were most marked in the calves, feet, and abdomen, though they extended in a lesser degree to the muscles of the thighs, chest, neck, and upper extremities. The limbs were being vigorously rubbed, and hot bottles surrounded the patient. A mustard poultice was now applied to the pit of the stomach, a hypodermic of 10 grains of chloral hydrate given, and an enema of warm tannic acid solution slowly and carefully administered. While this was being done, a neutral saline solution (the ingredients of which were kept in readiness) was prepared. 5 ounces of this warm neutral saline solution were then slowly injected through a Southey's cannula into the subcutaneous cellular tissue in the inner side of the arm, near the axilla. On pinching up the wrinkled skin to introduce the trocar and cannula, instead of gliding over underlying structures, it gave the sensation of being frozen stiff, and creaky underneath. While the injection was proceeding, the pulse at the wrist, which at the beginning was imperceptible, was felt to gradually return, and by the time the injection was finished it was easily countable. The general appearance of the patient at the same time greatly improved. Friction and massage of the extremities were continued; enemata of warm tannic acid solution were repeated at intervals, and in great part retained. After an interval of two hours, as the pulse at the wrist again began to flag, other 5 ounces of the warm neutral saline solution were injected into the subcutaneous cellular tissues, with the same good result as before. Thereafter, while the patient was kept warm and enemata continued, these subcutaneous injections of warm neutral saline solution, with now a little liquor strychniæ added, were repeated at intervals of two and three hours during the rest of the day (other sites being selected besides the inner sides of the arms); and by evening the patient was out of immediate danger. Next day three subcutaneous injections, of 3 ounces each, were given. Suppression of urine was complete, and continued so for three days. On the morning of the fourth day the patient voided 2 ounces of urine, and thereafter urine in increasing quantity was voided regularly at intervals of four hours or thereabouts. The subsequent course was one of steady improvement; and by the end of a fortnight the patient was able to be up, while by the end of a month she was at work again, as well and active as ever. I omitted to say that marked irritability of the stomach continued throughout the first week of illness. For the first four days not even a teaspoonful of water could be taken by the mouth. During this time the tannic acid enemata were gradually replaced by enemata of plain boiled water, then of peptonised milk and other nutrient fluids. On the fifth day teaspoonfuls of water, given at longer or shorter intervals by the mouth, were retained. Water was replaced by more nourishing fluids, and feeding by the mouth re-established.

While cholera was raging among the natives, only two other foreigners here, and these not residents in the Concession, were attacked. One, a much less severe case than that just detailed, recovered; the other, a weakly subject, debilitated by recent sickness, succumbed. The

latter case did not come under my notice, but I believe treatment was carried out on much the same lines as in the severe case related above.

In a Chinese city the spread of epidemics of "water-borne" diseases such as cholera and typhoid is no doubt limited by the fact that the Chinese never use milk, and that a very large proportion never drink water except in the form of tea, thus insuring that the water has been boiled, and is probably sterile when drunk. In the large factories here tea infusion is supplied to the workmen at all hours, from large cauldrons placed at convenient corners in the work-sheds. With them it has become a habit to drink only from those cauldrons; and when cholera was epidemic it required little extra supervision to see that no unboiled water was used. In addition to this, the workmen are cleanly housed and well cared-for on the premises. In proportion, then, to the habits formed and to the care exercised, cholera found no hold in these factories.

METEOROLOGICAL TABLE, June 1894 to September 1895.

MONTH.	WINDS.						WEATHER.			BAROMETER.		THERMOMETER.		WATER MARK, FIRST DAY OF EACH MONTH.
	No. of Days N. to E.	No. of Days E. to S.	No. of Days S. to W.	No. of Days W. to N.	No. of Days Variable.	No. of Days Calm.	No. of Hours Fog.	No. of Hours Rain.	Rainfall.	Highest.	Lowest.	Maximum.	Minimum.	
1894.									*Inches.*	*Inches.*	*Inches.*	*° F.*	*° F.*	*Ft. in.*
June	5	10	4	5	6	...	...	80	7.80	29.810	29.470	97	61	36 2
July	3	1	22	2	2	1	...	21¾	4.96	29.940	29.452	100	74	42 5
August	9	6	8	3	5	...	2	19½	1.26	29.950	29.410	104	75	33 8
September	18	5	...	1	6	...	...	147½	9.46	30.080	29.780	94	62	34 1
October	23	5	...	1	2	...	...	47½	3.80	30.326	29.870	83	53	35 11
November	14	10	...	1	5	...	...	22	1.53	30.520	29.950	76	41	35 2
December	11	7	...	9	3	1	5	56	1.63	30.570	29.900	79	28	18 3
1895.														
January	16	5	2	4	4	...	3	22	0.53	30.500	29.928	62	26	6 11
February	7	8	1	4	7	1	15	51	2.92	30.430	29.500	68	32	1 5
March	7	11	2	6	5	...	4½	105½	6.71	30.480	29.540	80	25	0 1
April	8	5	2	7	8	...	18¾	52½	5.43	30.250	29.456	92	47	6 8½
May	8	12	1	3	7	...	...	63	4.85	30.258	29.540	93	52	14 4
June	5	8	5	5	7	...	...	26	2.82	29.920	29.464	100	62	29 11
July	5	10	1	6	9	...	...	76¾	6.24	29.762	29.467	102	70	25 6
August	14	3	6	2	6	...	...	8	0.78	29.856	29.480	103	69	36 7
September	16	1	...	8	5	...	...	5	0.60	30.128	29.524	95	63	39 7

DR. GEORGE R. UNDERWOOD'S REPORT ON THE HEALTH OF KIUKIANG

For the Year ended 31st March 1896.

THE health of foreigners residing at this port has been very good during the past 12 months. With about the usual number of minor ailments, there have been fewer cases of serious illness, and till nearly the middle of March we were free from epidemic disease. Since then there have been several cases of measles, which malady has been prevalent in the city for the last two months.

Small-pox, a regular visitor nearly every winter among the native population, has not been met with among foreigners, except in one case, that of an officer from a war ship in harbour. The disease—contracted in Shanghai—was in the confluent form, and the patient made a good recovery. With the precautions taken, there was no spread of the mischief on shore, and the revaccination of the whole crew prevented further outbreak on board. Though most of the men had been revaccinated since coming to this station, it is worthy of note that of 62 vaccinated, the vaccination was more or less successful with all but one, and he a Chinese, while with a number it was very effective. The lymph used was from Saigon.

There was but one case of typhoid, also imported, and the patient did well, the course being mild all through.

Intestinal troubles were not more prevalent than usual, though the only death in the year was that of a male, æt. 37, who, weakened by simple diarrhœa, succumbed during the intense heat at the latter end of June. Another patient, suffering from chronic ulceration of the sigmoid flexure of an obstinate character, left for a colder climate before the hot weather, with the happiest result. Bismuth and Dover's powder (5 grains of each, three times a day), with enemata of boracic acid (6 grains to the ounce of warm water), proved effective in a case of chronic dysentery in a delicate patient.

Malaria has not been such a common cause of illness of late years, since the streets and compounds in the Concession have been raised, and now that the Municipal Council has filled in a large part of the pond at the back, I am hopeful that in future it will figure even less frequently.

The following case, of which only the outlines are given, is interesting:—A.B., æt. 36, whose home was in a native house in the city, went with his family, in July, to a village 9 miles from Kiukiang for the hot season. His health had not been satisfactory, and he had had slight malarial fever in spring, and again in the early summer. On the 20th August he travelled all day in an open boat, protected from the sun by an umbrella only. Two days later a large boil began on the right temple, with much pain, fever, and loss of appetite. It burst on the 26th August, and he was better for one day, when he again began to feel poorly and to complain of stiffness in the left groin and in the right calf. Afraid of more boils, he set out for

Kiukiang, and was so tired by his walk of a mile to the river and two hours' seat in a boat that he had much difficulty in getting over the half-mile to his house in the city. When I saw him the same afternoon, 28th August, his temperature was 103°; there was a swollen, tender gland in the upper part of Scarpa's triangle of the left side; and there was a tender swelling at the upper and outer part of the calf of the right leg. Quinine, in 6-grain doses three times a day, was prescribed, and poultices applied to the swellings. After three days the dose of quinine was increased. There was little improvement for the first 10 days. The morning temperature had come down slightly—to 100°–101°,—but in the evening it rose to 103°–104°. The swellings had not increased, were less tender, and with no sign of suppuration. Arsenic was now given, and iodine liniment applied to the swellings. The arsenic had to be given up after a few days, the temperature having risen, and quinine again resorted to. Progress was now made; the temperature fell to 100°–101°, and the patient, though still unable to straighten the left leg, went away on the 20th September for a 10 days' change on a house-boat. He came back on the 2nd October, his appetite much better, the tenderness almost gone from the inflamed gland and from the swelling in the calf, and the temperature remained much the same. Three days after his return he complained of severe neuralgic pains in the superficial nerves of the abdominal wall on the left side, and the right calf again began to swell. The pains, which were aggravated by movement, were got rid of in eight days, and the swelling of the calf was reduced by poulticing. But now was noticed a swelling of the abdominal wall in the left iliac region, extending along Poupart's ligament upwards to the crest of the ilium. This swelling, firm and tender to the touch, gradually increased, spreading inwards over a space 2½ inches wide, and upwards to the middle of the crest of the ilium. From the beginning of October the fever was irregular, usually over 100° the whole 24 hours. With the swelling the patient had attacks of intense pain in the iliac region, and the temperature would then rise to 104°. At first the pain began about 4 P.M. and lasted till 7 or 8 P.M.; and after three days there would be a second attack. Of these there were four. Afterwards the attack continued for three days, the second day being more severe than the first or third; then after three days' rest, another spell of pain. Of these crises the patient had three, and while they lasted he took scarcely any food. Early in November there was another change, and the fever came every second day, with less severe pain in the swelling. At one time antipyrin gave relief; at another, morphia only. Quinine, though most persistently taken, seemed to have no influence on the pain or temperature. Though the swelling continued firm and hard, I believed that there was deep-seated suppuration, and advised the patient to leave the country for home. He was much exhausted and emaciated when taken on board the steamer, on the 20th November, and could scarcely get about on crutches. The first day at sea the fever left entirely, and in two weeks from the time he went away the crutches were laid aside for good. The swelling in the iliac region gradually became smaller, and by the end of January hardly any trace of his illness remained.

There were seven foreign births during the 12 months, four males and three females.

The year has been a fairly healthy one for the native population, there having been few cases of cholera in autumn (only one was seen at the hospital), and no small-pox was heard of in winter. On the other hand, there were more than the average number of intermittent

fever cases. Of these, 665 were treated at the dispensary, a large per-centage out of 6,021 patients. The numbers in the different months were as follows:—

Month.	Quartan.	Tertian.	Quotidian.	Total.
1895.				
April	22	8	8	38
May	15	10	4	29
June	16	20	13	49
July	16	28	24	68
August	28	45	34	107
September	33	44	48	125
October	26	13	31	70
November	24	9	6	39
December	32	10	4	46
1896.				
January	32	8	7	47
February	24	6	6	36
March	6	3	2	11
Total	274	204	187	665

The epidemic of measles was widespread, and it is said that there were many deaths. Three children at a mission school in the city had broncho-pneumonia as an accompaniment, and got over it satisfactorily. At the orphanage of the Roman Catholic Mission there were 140 children down at once, and in all there were 150 cases, the ages being from 5 to 9 years. Three died—one from throat mischief, and the other two from some affection of the lungs, in the opinion of the sisters. In all three the eruption did not come out well, and after death there were petechiæ on the neck and trunk.

I am indebted to the Harbour Master, Mr. Deighton-Braysher, for the following meteorological data:—

Month.	Thermometer.		Month.	Thermometer.	
	Maximum: highest Reading.	Minimum: lowest Reading.		Maximum: highest Reading.	Minimum: lowest Reading.
1895.	°F.	°F.	1895.	°F.	°F.
April	94	50	November	78	34
May	97	56	December	69	27
June	105	61			
July	103	70	1896.		
August	107	68	January	73	29
September	95	56	February	63	28
October	88	46	March	76	31.6

The rainfall for the year was 34.15 inches.

DR. E. H. HART'S REPORT ON THE HEALTH OF WUHU

For the Half-year ended 31st March 1896.

MY residence in Wuhu dates from 2nd December 1895, so it will be impossible to give an extended or complete Report of the health of this place. However, I have seen enough to prove the necessity of certain changes in the sanitary arrangements. Wuhu, like many Chinese cities, plays a close second to the dirtiest city in the Empire. Wuhu mud and slush are proverbial. It is high time that this port, which has been opened to foreign trade since 1877, were placed in a better condition, by having a properly laid out Concession, where the drainage from houses and streets could be controlled, and all garbage and refuse disposed of in such a manner as to render the business portion of the town a healthy place to live in. At the present moment the principal drain in the port empties its foul contents and pestilential odours on to the river bank, about 100 feet in front of the building occupied by the Tidesurveyor as a residence. During high water this disease-breeding nuisance's outlet is covered, but when the water falls it forms once more its slimy way beside the Customs landing. On the vacant lots in the rear of the buildings occupied by the Assistants of the Customs staff are great piles of rubbish, which have been accumulating for several years and are increasing in size daily. These heaps of concentrated filth bid fair, unless removed at an early date, to become active and valuable aids in the spread of malaria and kindred diseases, which have already too strong a hold on the inhabitants of Wuhu. The houses in which the Assistants live are built in such a way as to render the ground floors unfit for human habitation; they are all damp and mouldy. The upstair apartments are barely fit to live in. These buildings serve one purpose, however,—they draw a good rental for their owners. Outside of the Customs, the residents of Wuhu have their dwellings on high ground, away from the native city and suburbs, and so situated as to render their homes as healthful as any in China.

Considering the insanitary state of affairs near the Custom House, I am surprised that Wuhu can show such a clean bill of health.

During the past four months there have been but a few serious cases of sickness among the foreign residents. Most of the disorders have been such as rendered themselves amenable to treatment. In December and January several cases of influenza came under my observation: quinine, phenacetin, and Dover's powder proved effective remedies. The outbreak was not confined to foreigners, as I saw a number of natives with the same trouble.

The following is a list of the diseases treated among members of the foreign community since I took charge of the medical work here:—

Alcoholism.	Malaria.
Capillary bronchitis.	Measles.
Chronic bronchitis.	Neuralgia.
„ diarrhœa.	Otorrhœa.
Dysmenorrhœa.	Rheumatism.
Inflammation of the frontal sinuses.	Sprained knee.
Influenza.	

In the treatment of alcoholism I found sulphonal, given in doses of 7 or 8 grains every three hours, very helpful. After two or three doses the patient would generally get the benefit of several hours' sleep. In one case, a Chinaman who had not slept for three or four days, two doses were given, of 8 grains each—the first at 5 in the evening and the second at 8,—with the result that he had a good night's rest. This same patient, a couple of days before he came under my observation, had bitten his tongue so badly that about one-fifth of it sloughed off. He made a rapid recovery under sulphonal and good care.

Surgical Memoranda.

Among the more interesting surgical operations performed during the last few months, the following may be mentioned.

Removal of Tumour of Left Eye.—A girl, 6 years of age, presented herself at the hospital with a large tumour of the left eye. She was in a filthy condition, her clothing being covered with pus and broken-down cells from the tumour, which was considerably ulcerated on its external surface; rather feeble, had some fever daily, and looked as if her days were about numbered. I suggested to the father the advisability of an operation. To this he readily assented, and the operation was duly performed. The child made a rapid and uneventful recovery, and left the hospital with a considerable gain in weight, appearance, and spirits. The tumour involved the whole of the left eye, which had to be removed with the mass, and the entire orbit was thoroughly scraped and afterwards packed with iodoform gauze. The tumour weighed 2 pounds, and proved by microscopical examination to be a mixed-celled sarcoma.

Ligation of the Femoral Artery for Elephantiasis.—The patient, a farmer, about 40 years of age, came to the hospital early in March with elephantiasis of the left leg. A friend suggested to him that an operation would be beneficial, and as this suggestion met with general approval, I ligated the femoral artery where it enters Hunter's canal. The wound healed by first intention, and in four days the leg was one-third smaller. When he left the hospital the two legs were about the same size.

Operation for Radical Cure of Hernia.—Early in March a farmer, about 25 years of age, presented himself at the hospital. He had been wearing a truss for about a year, and complained that it would not keep the hernia reduced. After some consideration, he expressed himself as willing to act on my suggestion and undergo an operation. He has thus far made

a good recovery. I performed McBURNEY'S operation, which I consider the safest in China, as the wound has to heal by granulation and one is better able to keep the patient in bed the required length of time—three to four weeks.

Amputation of the Forearm.—A soldier while assisting at a salute given to the Viceroy CHANG CHIH-TUNG, who passed through Wuhu on his way to Wuchang, got his hand and arm in front of a cannon, with the result that his hand was blown away and his forearm shattered. He remained on board his boat for several days before consulting a foreign doctor. In the meantime the wounded member had been covered with some dirty Chinese medicine and wrapped in sundry blue and green cloths. I amputated the forearm at the junction of the middle and lower third, saving all the tissue possible, so as to give him a serviceable arm for the future. As, however, the wound was infected at the time, he made a rather slow recovery.

METEOROLOGICAL TABLE, October 1895 to March 1896.

MONTH.	THERMOMETER.		BAROMETER.		RAINFALL.
	Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.	
1895.	° *F.*	° *F.*	*Inches.*	*Inches.*	*Inches.*
October	89.5	58.5	30.290	29.770	0.91
November	76.5	33.0	30.700	30.032	1.83
December	62.0	24.5	30.630	30.050	1.43
1896.					
January	70.0	26.0	30.572	29.752	0.90
February	62.5	24.0	30.672	30.050	0.96
March	71.0	27.0	30.664	29.560	2.94

DR. ALFRED HOGG'S REPORT ON THE HEALTH OF WENCHOW

For the Half-year ended 31st March 1896.

DURING the period under review the health of the foreign community has been very good, except in October.

In the summer there was a severe outbreak of cholera in and around the city, which lasted till the end of October; but the advent of cooler weather, and some heavy showers to replenish the stagnant canals and wells, resulted in the disappearance of this scourge, but not until four foreigners and a large number of natives had fallen victims to it.

The infection somehow gained entrance into one of the mission compounds here, and manifested its presence by carrying off a European infant and three Chinese schoolgirls.

Immediately afterwards one of the missionaries in the compound was attacked. The symptoms were at first amenable to treatment, and great hopes were entertained of his recovery; but the shock to the system was too severe, and he succumbed in four days.

His wife was also seized, on the second day of his illness, and, in spite of prompt attention, died in 40 hours.

Another colleague took ill on Sunday morning, collapsed in a few hours, and expired within 24 hours.

In connexion with these cases I have to record my grateful thanks to Dr. J. H. LOWRY, of the Customs here, who had fortunately been detained by the non-arrival of the steamer, and also to Dr. PENNY, of H.B.M.S. *Firebrand*, which was then in port. Both these gentlemen rendered valuable assistance in the work of nursing and attending the patients.

Among other cases in the foreign community I attended the following:—

Bronchial catarrh.	Dyspepsia.
Malarial fever.	Tonsillitis.
Insomnia.	Prolapsus ani.

One lady had a severe attack of intermittent fever, with pulmonary complications, and, owing to delay in seeking advice and treatment, the case for a time assumed a somewhat serious aspect, but ended satisfactorily.

A large number of Chinese have been seen and prescribed for at the Free Methodist Dispensary. Pulmonary diseases, especially phthisis, seem to be largely prevalent among them.

I append an abstract from the Customs meteorological observations of the port, for which I am indebted to Mr. W. G. HARLING.

METEOROLOGICAL TABLE, October 1895 to March 1896.

MONTH.	BAROMETER.		THERMOMETER.		RAINFALL.	
	Highest.	Lowest.	Maximum.	Minimum.	No. of Days.	Quantity.
1895.	*Inches.*	*Inches.*	° *F.*	° *F.*		*Inches.*
October	30.300	29.900	82	59	12	2.08
November	30.600	30.040	78	48	3	1.64
December	30.524	30.000	68	38	7	1.31
1896.						
January	30.500	29.912	65	37	9	3.33
February	30.500	29.980	66	35	13	3.74
March	30.460	29.830	64	35	6	1.40

DR. HENRY LAYNG'S REPORT ON THE HEALTH OF SWATOW

For the Year ended 30th September 1895.

DURING the year under consideration the general health of the foreign population has been most satisfactory. The same cannot be said with regard to the natives, who have suffered from epidemics of bubonic plague and cholera, from a far greater prevalence of fevers in a severe form, from a mild epidemic of beri-beri, and from the poverty that follows on bad harvests. The partial failure of two rice crops was caused by the exceptionally dry seasons.

During the summer of 1894, whilst bubonic plague was raging in Hongkong and Canton, many thousands of Chinese returned to Swatow and the neighbouring districts. Careful inspection of all passengers from Hongkong was made by myself during the months of June and July. Some 11 cases were removed from the steamers and placed in a mat-shed hospital specially built for the purpose; it was situated on the north bank of the harbour, about 1½ miles from the town of Swatow and half to three-quarters of a mile outside the harbour limits. Of these 11 cases, nine died and two were discharged cured, one after a prolonged stay of 42 days. One case of high fever was also admitted, but, the suspicion of plague not being established, was discharged the following day. A native doctor was placed in charge of the hospital, which was visited daily by myself.

The regulations carried out during the months of June and July 1894 were of great benefit to the port, and probably spared us an epidemic in that year; but they would have proved of far greater help had they been in force some weeks earlier. Previous to the medical inspection of the steamers passengers already suffering from plague were carried on board. Afterwards the steamer officers exercised greater care, and in many vessels every passenger on arrival was carefully examined by one of the ship's company, and if showing any suspicious signs of disease was refused a passage.

One indirect beneficial result of the inspection in Swatow was that steamers carrying large numbers of emigrants returning from the Straits came direct to Swatow instead of calling at Hongkong, and in two or three instances the passengers were transhipped in Hongkong direct from the Singapore boat to one bound for Swatow.

The mere inspection of passengers after only a few hours' journey from the infected port is undoubtedly inadequate, and must necessarily be so with any disease having an incubation period exceeding the number of days spent on the voyage. Still, as already pointed out, it had its advantages.

In all, 40 steamers were inspected, and seven were detained on the quarantine ground for the purpose of disinfection, the detention in no case exceeding 48 hours.

A weak point in such preventive measures is the traffic overland and that by junk, over which it is impossible to attempt any control.

In the summer and autumn of 1894 some few cases of plague occurred, and numbers of dead rats were said to have been seen.

In February and March of 1895 the presence of plague was reported, but it was not until the middle of the latter month that any case was observed by a foreigner. From the 16th March to the 24th April there were 10 deaths. After that the epidemic increased rapidly. Happily, however, it was of short duration, as a month later it was decreasing in severity, and on the 17th June the port was declared free.

From Swatow the disease spread to Ch'ao-yang, a large town to the south, with which we are in daily communication by steam-launches. Thence it extended to Chia-chia-shan. The epidemic was most severe in Ch'ao-yang, but I am unable to give any reliable statistics. For Swatow I have a record of 93 deaths, and 51 cases the termination of which I was unable to ascertain. My estimate is that the total number who succumbed cannot have been much under 400. Of the total population of this port—about 23,000,—a very large proportion have not their homes here; consequently many went home directly they were attacked. Almost every day one heard of some cases leaving. Of these it was impossible to obtain anything like reliable facts. In my record of deaths and cases I have counted only those of which I am certain.

One case occurred in Kakchio, the village on the south side of the harbour where many foreigners reside.

In Swatow women and young children suffered greatly, the reason, no doubt, being that they but rarely leave their houses. The idea that the poison was in the houses was quickly taken up by the Chinese, and I know of several instances where, after two or three had fallen victims, whole households migrated, the result being in each case that no more were attacked.

During the epidemic I saw some 15 cases of the so-called abortive form of bubonic plague, in which the symptoms were so slight that the illness lasted only two or three days. The clinical signs were sudden rise in temperature, to 101° to 103°; furred tongue and enlargement of a gland; loss of appetite; followed by convalescence in 48 hours.

In a Chinese town it is practically impossible, in one short epidemic, to study in its whole course such a disease as bubonic plague. Most of the patients were by courtesy visited in their own homes, and therefore no chance for examination of the blood occurred. Cases were seen in all stages, but, except on four occasions, I was unable to follow the disease from commencement to termination, and hence write nothing about its clinical signs.

Cholera was epidemic in Ch'ao-yang at the same time that plague was raging, and later, in August, it appeared in a region some 40 miles to the north of Swatow.

DR. H. M. McCANDLISS' REPORT ON THE HEALTH OF HOIHOW (KIUNGCHOW)

For the Year ended 31st March 1896.

THE general health of the foreign community in Hoihow and Kiungchow has been good, with the following exceptions:—

An officer on one of the Customs revenue steamers, who had a fibroid lung on the left side, died suddenly while on a cruise, and was brought back to Hoihow for burial. When last seen by a medical man the disease seemed to be making very little progress.

Several members of the Customs staff suffered from malarial fever.

A member of the out-door staff "caught cold" while "afloat" early in August. The bronchitis got better, and was almost well, but in December became worse, and he went to Hongkong for regular hospital treatment. He came back about the 1st April looking somewhat improved.

One of the merchants had two severe attacks of gout, in which the usual colchicum treatment was effective.

Four members of the missionary body suffered, one after another, with a fever that in each case lasted about 8 or 10 days. Large doses of quinine were used without much benefit. There was no eruption and no diarrhœa, and in all four cases the pulse was abnormally slow. Whereas the pulse beat in health was from 65 to 80 per minute, during this fever, and with a temperature above 102°, the pulse rate was from 45 to 60. In conducting several thousand fever cases I have not before observed this peculiarity.

The captain of a Customs revenue steamer and a missionary had each an attack of jaundice.

The winter of 1894–95 was marked by an epidemic of small-pox, and although its ravages in Hoihow and Kiungchow were not severe, all the country to the west of these cities suffered greatly. Inasmuch as almost every adult has had either variola or vaccinia, the mortality was confined mainly to children. I visited villages in which nearly all of the children had died. Convalescents from small-pox mix freely in crowds, and the second-hand clothing of small-pox patients is sold without any discretion. Two patients in the Mission Hospital, who were convalescing from other diseases, bought some of this second-hand clothing, and broke out with small-pox. Against all advice, their friends carried them home, thus doing their share toward spreading the disease.

In the days when Chinese soldiers fired only with muskets the arrangement of their military parade grounds answered very well, for during shooting practice those bullets which

did not hit the target either fell to the ground or were stopped by the stone wall beyond. Now that rifles are used it is a different matter.

A bullet glanced from one of the iron target bars and entered a boy standing at some distance. It was much flattened, and I removed it from its lodging-place against the right internal iliac artery. The boy made a good recovery.

In December, when out for the hour before sundown recreation, I was passing a point in the line of fire, but about 500 yards beyond the target. A soldier, on his way from camp to buy his evening marketing, had crossed the line of fire just as the last shot was fired, and about five minutes before I reached him. He was walking in a direction diagonally away from the target. The bullet passed through the upper portion of the left lung and came out at the border of the axilla. He walked a few steps and fell down beside a grave. Although alone when first seen, a crowd soon gathered and helped me to bandage him. But he went into a long swoon, and I gave him up for dead and left him to his comrades. However, he came to, and his officer had him carried to the hospital the same night. I plugged and bandaged, but he died from internal hæmorrhage early the next morning.

On the 13th December, at 11 A.M., I was called to see a Chinese woman who, 48 hours before, had given birth to a healthy boy, but the old midwife could not get the after-birth away. On examination I found a large abdominal tumour and the placenta firmly adherent. I diagnosed twins. To bring on the pains again, I administered 15 grains of quinine. At 6 P.M. the second boy was born. Neither after-birth would come away; so at 9.30 I returned, and found the house completely encircled with a line of burning straw to prevent devils from entering it. Inside the house the demons were being kept off by three men who brandished swords. Chloroform was administered, and after great difficulty the placenta was peeled away with the finger-nails. The two placentæ were firmly attached to each other, but the cords were separate. Gave another 15 grains of quinine and kneaded the uterus until it was a hard ball. Mother and children did well; but when I called 10 days after, the second baby had been allowed to die of starvation, because twins were not wanted.

In the Mission Hospital there were about 400 patients in the wards during the year. The practice is largely surgical.

The plague made its appearance in the junk port of Pochin, about 20 miles from Hoihow, early in February 1895, but did not get a good start in Hoihow until about the 1st April. From that time on, for about five months, the disease worked havoc in Hoihow and the surrounding villages, and out of a population of 30,000 there were about 3,000 deaths. The description of the disease varied in no way from that reported at Mengtsz, Pakhoi, Canton, and Hongkong. The mortality among all cases was about 70 or 75 per cent. No treatment by the Chinese was effectual, but they have great faith in puncturing the buboes. Foreign medical aid was not asked for, but some who had heard of foreign medicine used either turpentine or tincture of iodine locally.

At about the same time a Hoihow shopkeeper, whose home was at the north gate of Kiungchow, was taken with plague in Hoihow and carried home to die. 30 cases resulted in his neighbourhood, but it did not spread elsewhere.

The disease broke out again in Kiungchow in January 1896, and it is worth while to call the attention of writers on the subject to some circumstances connected with the rise and spread. Some hold that a peculiar kind of soil, and others that an extremely dry season, is needed. First, the soil. Hoihow is built almost entirely on river and sea sand, and is flat as possible; Kiungchow is built on a high ridge of volcanic mud or clay. Second, the humidity. April 1895 was dry, with only 0.92 inch of rain, and the plague started in Hoihow. In May the rainfall was 6.95 inches, in June 4.61 inches, in July 7.42 inches, and in August 4.44 inches, and then the plague had nearly run its course. However, one can hardly speak of such weather as being a drought. Then, again, when the plague broke out in Kiungchow in January 1896, although the rainfall was only 1.83 inches, it was cloudy and damp. In February there were 4.43 inches of rain—mostly drizzle,—and only once was the sun visible, and then but for a few hours; but the Kiungchow people have died in great numbers. So that, judging the disease from what we have seen of it in Hainan, it is not dependent upon peculiarities of soil, nor upon a particular kind of weather.

Nor is it dependent upon mere personal contact—as, for instance, between doctor and patient,—as I have been in close attendance upon nearly 50 patients in their own homes during the last three months, visiting as often as twice a day, and where opening of buboes was required, or where the carbuncles needed cutting or scraping, have bent over the patient from 10 minutes to half an hour at a time—and in one severe case, more than an hour, with the carbuncle 6 inches long, 5 inches wide, and very deep, full of maggots, and the atmosphere stifling,—yet the disease has not attacked either myself or my assistant.

There are, however, several methods of propagation of which I can give examples. In a house next to the Mission Hospital there had been several deaths from plague, and those still living deserted it and fled. The head thief quietly took possession of the empty house. After living there six days his wife reported to me that he suffered from fever, and on examination I found he had plague, of which he died the 3rd day. His wife remained in her former home and was free from the disease.

Two grave-diggers—an old and a young man—whom I have employed many times to bury abandoned moribund patients left on my hands lived in a shanty at the back of the former hospital building. They claimed that grave-diggers enjoyed an immunity from plague; both, however, contracted it while pursuing their vocation, and died, the one in 48 and the other in 60 hours.

In a family consisting of husband and wife and two little girls the elder girl was attacked with plague, and I attended her. The father, whose business was in Hoihow, returned home. He was much attached to this child, and therefore, when I urged isolation, he sent his wife and the second girl to another part of the house while he cared for the sick girl. On the 10th day he, too, contracted the disease, and, though nursed by his mother, died five days after. His wife and the other child remained well, but the plague-sick daughter died on the 20th day.

A little boy, whose mother was a servant in a large establishment, was very fond of a sick cat, which he dragged about until it was found to have both buboes and carbuncles.

The cat soon died, and the infection having passed to the boy, he was under my care until he became well again.

A Chinese teacher, whom I had employed years ago, resided in a row of houses near the west gate which hitherto had been free from the pestilence. Next door to him lived an old woman who for a small sum had bought three sick pigs, but in spite of her care they died, and later on she met with the same fate. Then the rats, my teacher, and his eldest son were successively attacked and succumbed. Finally, the whole row of houses became polluted, with fatal results to a large number of the occupants.

There is, to my mind, every reason to suppose that through the agency of infected rats or human beings, and even cats and pigs, the disease can become lodged in a house, in the ground, or perhaps in a drain, and the poison continue active until the plague cultures run their course or die out. My experience induces me to believe that the easiest way to contract the malady is to sleep in contaminated quarters with the windows and doors shut, so as to confine the poisonous atmosphere; and that the best method of securing immunity from it is to avoid infected animals and places, obtain plenty of fresh air, and sleep above the ground floor.

The house of the Commissioner of Customs is as clean as one could wish; but in the spring of 1895, while the Commissioner, living in well-ventilated rooms upstairs, retained perfect health, three Chinese servants died in the less airy quarters below. Although surrounded by cases of plague, the foreign residents enjoyed complete freedom from attack.

Of the 46 cases treated by me, 26 died—a heavy mortality,—and eight more would probably have succumbed but for the treatment. Nevertheless, I think more can be done by careful nursing than by medical treatment, and I am quite within the mark in saying that of the 26 fatal cases half would have recovered with good nursing.

My treatment has only been on general principles. For the first few days combat the high fever with quinine and antipyrin, and overcome the almost constant constipation with either calomel, santonin, and rhubarb mixture, or with plain Epsom salts. When the buboes are hard, poultice them; when soft, puncture, and dress with iodoform and boric acid. Although the temperature usually falls as the buboes form, the pulse remains rapid, and digitalis seems to do good. When the buboes discharge, or where carbuncles have formed (about 15 per cent. of my cases), besides the antiseptic dressing, I use quinine, iron, and nux vomica freely.

Though not always the case, yet I have noticed that carbuncles are apt to form where bed-sores would naturally occur, but far more quickly than one would expect the latter.

Postmortems are out of the question, and histological investigation requires apparatus that cannot be readily obtained here; so that the working up of the pathology and histology must be left to those in more central places.

Mr. C. J. PRICE, the Harbour Master, has kindly furnished the appended rain record for Kiungchow.

Record of Rain, January 1895 to March 1896.

Month.	No. of Rainy Days.	Hours of Rain.	Quantity of Rain fallen.	Month.	No. of Rainy Days.	Hours of Rain.	Quantity of Rain fallen.
1895.			*Inches.*	1896.			*Inches.*
January	8	26	1.46	January	9	38	1.83
February	3	5½	0.12	February	22	145¼	4.43
March	5	19¼	0.32	March	14	133	0.88
April	4	6¾	0.92				
May	10	19¼	6.95				
June	12	24¾	4.61				
July	11	24¼	7.42				
August	9	14½	4.44				
September	13	39¾	12.86				
October	4	2¾	0.65				
November	6	28½	3.60				
December	2	6	0.17				
Total	87	217¼	43.52	Total	45	316¼	7.14

APPENDIX.

UNSATISFACTORY RESULTS OF POTASSO-TARTRATE OF ANTIMONY IN THE TREATMENT OF BUBONIC PLAGUE.

No. 3,067.
I.G.

CUSTOM HOUSE,
KOWLOON / HONGKONG, *14th May* 1896.

SIR,

I HAVE the honour to append copy of a correspondence with the Hongkong Colonial Secretary, in which he communicates, for your information, the report of the Acting Colonial Surgeon showing the unsatisfactory results of the treatment of bubonic plague with the drug (potasso-tartrate of antimony) mentioned at page 52 of the Customs *Medical Reports*, 47th and 48th Issues, as possessing marvellous curative effects in the treatment of the disease.

I have, etc.,

(Signed) H. M. HILLIER,
Commissioner of Customs.

To

SIR ROBERT HART, BART., G.C.M.G.,
Inspector General of Customs,
PEKING.

ENCLOSURE.

Colonial Secretary to Kowloon Commissioner.

No. 736.

COLONIAL SECRETARY'S OFFICE,
12th May 1896.

SIR,

WITH reference to the Imperial Maritime Customs *Medical Reports* for the year ended 30th September 1894 (47th and 48th Issues), I am directed to state, for the information

of the Inspector General, that the drug (potasso-tartrate of antimony) mentioned at page 52 as possessing marvellous curative effects in the treatment of bubonic plague has been administered, in varying doses, to a number of plague patients in this Colony during the current year, but, as will be seen from the enclosed copy of a report by the Acting Colonial Surgeon, the results have been unsatisfactory.

I have, etc.,

(Signed) J. H. STEWART LOCKHART,

Colonial Secretary.

SUB-ENCLOSURE.

HON. COLONIAL SECRETARY,

WE have tried this drug, in varying doses, in more than 40 cases, and our experience is that it is no use in the treatment of this disease.

In many cases it induced so much vomiting and depression that it had to be stopped at once.

As our experience has been so unfavourable, we have ceased prescribing it.

(Signed) J. M. ATKINSON,

Acting Colonial Surgeon.

3/5/96.

II.—SPECIAL SERIES.

No. 1.—Native Opium	Published	1864.
„ **2.**—Medical Reports: 51st Issue (First Issue, 1871)	„	1897.
„ **3.**—Silk	„	1881.
„ **4.**—Opium	„	1881.
„ **5.**—Notices to Mariners: Fifteenth Issue (First Issue, 1883)	„	1897.
„ **6.**—Chinese Music	„	1884.
„ **7.**—Instructions for making Meteorological Observations, and the Law of Storms in the Eastern Seas	„	1887.
„ **8.**—Medicines, etc., exported from Hankow and the other Yangtze Ports, with Tariff of Approximate Values	„	1888.
„ **9.**—Native Opium, 1887	„	1888.
„ **10.**—Opium: Crude and Prepared	„	1888.
„ **11.**—Tea, 1888	„	1889.
„ **12.**—Silk: Statistics, 1879–88	„	1889.
„ **13.**—Opium: Historical Note; or the Poppy in China	„	1889.
„ **14.**—Opium Trade: March Quarter, 1889	„	1889.
„ **15.**—Woosung Bar: Dredging Operations	„	1890.
„ **16.**—Chinese Jute	„	1891.
„ **17.**—Ichang to Chungking, 1890	„	1892.
„ **18.**—Chinese Life-boats, etc.	„	1893.
„ **19.**—Report on Sound Trials of Sirens	„	1895.
„ **20.**—Chungking: Business Quarter and Mooring Grounds, 1896	„	1896.